Nr. 28. 15. lipca 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Jan GLATZEL. Kraków.

Sympathectomia periarterialis.*)

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie Prym. Prof. Dr. Rutkowski.

Chirurgja nerwu współczulnego ma już dziś swoją historję a zapoczątkował ją Jaboulay w r. 1896, przecinając splot szyjny po jednej stronie. W rok później tenże sam autor wycięciem splotu brzusznego usiłował usunąć tabetyczne kryzy żołądkowe. Poza Francją sprawą tą zajmowali się chirurgowie rumuńscy. Jonescu stosował obustronne przecięcie pnia szyjnego przy migrenie, padaczce, jaskrze, neuralgji twarzy i ramienia oraz w niektórych postaciach choroby Basedowa (Jaboulay, Chalier, Frank). W roku 1901 leczy pochwicę (Vaginismus) usuwaniem części krzyżowej nerwu współczulnego a ostatnio w r. 1916 *angina pectoris* wycięciem części dolnej szyjnej i górnej piersiowej tegoż układu z wynikiem jak opisuje dobrym. Herescu (1911) rozciąga splot nerkowy przy *diabetes insipidus* a Gomoiu (1914) wycina *ganglion semilunare* w przypadkach rumienia lombardzkiego a nieco później za Jonescu i Badulescu udaje się mu usunąć bóle, powodowane zaniedbanym rakiem macicy, wycięciem splotu krzyżowego. Tutaj wspomnieć należy o przypuszczalnej roli układu współczulnego w powstawaniu i leczeniu (Stierlin) wrzodów trawiennych żołądka a w końcu pomysł Alvaresa i Lapeyre'a przecinania splotu w gruźlicy płuc.

Nabytkiem okresu wojennego są prace Leriche'a, obejmujące jedną z dróg współczulnego układu tj. drogę około tętniczą. Pierwszym, który już w r. 1901 zalecał wycinanie tej drogi, był Higier.

Ponieważ wiadomości nasze z anatomji, fizjologji a tembardziej patologji układu współczulnego są nader nikłe, stosowane zabiegi mają charakter raczej doświadczalny. W wynikach uzyskaliśmy pewne dane, do czego w głównej mierze przyczynił się René Leriche.

Tak jak dziś się sprawa przedstawia, włókna sympatyczne w obrębie kończyn mają dwie drogi główne a to przez pnie nerwów i błonę zewnętrzną naczyń tętniczych (adventitia). Co do drogi pierwszej, to jest ona operacyjnie niedostępna i bliżej prawie nieznana Według Leriche'a na kończynie górnej biegnie ona z nerwem środkowym i nerwem łokciowym, nie obejmuje jej natomiast nerw sprychowy. Na kończynie dolnej główna gałąź ma biegnąć w pniu nerwu kulszowego i to w jego części wewnętrznej, natomiast nerw udowy ma być jej pozbawiony. Badania Prousta, Lhermitte'a i Nabias'a wykazały drobnowidowo i operacyjnie włókna współczulne w obrębie n. saphenus major.

Drogi okołotętnicze są znacznie lepiej zbadane. Lecz i tutaj zmuszeni jesteśmy jeszcze ciągle posługiwać się przypuszczeniami. Uwzględnić należy jeden szczegół praktycznie ważny. Oto przebieg nerwu okołotętniczego jest nader powikłany, ponieważ z jednej strony rozchodzi się z rozgałęzieniami tętnicy, z drugiej ma rozmaite połączenia wzdłuż swego przebiegu. Stąd przecięcie go na pewnej wysokości nie jest równoznaczne z zupełnem przerwaniem jego ciągłości. Poza podnietami działającemi bezpośrednio na system nerwowy naczyniowy, liczyć się należy z wpływami odruchowemi a w końcu z pewną autonomią samego układu, skoro przecięcie wszystkich dróg, a więc zawartych i w nerwach mieszanych, nie powoduje utraty czynności ruchowej naczyń.

Czynność układu współczulnego idzie zarówno w kierunku od układu ośrodkowego ku obwodowi, jak również odwrotnie (droga centryfugalna i centrypetalna).

*) Wykład wygłoszony na XIX Zjeździe Chirurgów Polskich.

Zjawiska, jakie zauważamy po zabiegu Leriche'a są bardzo znamienne i stałe. W chwili, gdy zdejmujemy zewnętrzną otoczkę naczynia, to ono poczyna się kurczyć i to tylko na przestrzeni zabiegu. Tuż powyżej i poniżej światło naczynia pozostaje niezmienione. Po całkowitem zdjęciu otoczki skurcz naczynia dochodzi do szczytu i doprowadza je niejednokrotnie do $^1/_4$ normalnego obwodu. Równocześnie znika tętnienie, choć krążenie nadal się utrzymuje. Skurcz naczynia początkowo miejscowy udziela się szybko odcinkom poniżej położonym i powoduje niedokrewność kończyny w następstwie zwężenia naczyń włosowatych, niedokrewność objawiającą się obniżeniem ciepłoty o 3 do 4° C i bladością powłok. Pierwszy ten odczyn, zwężenie *(vasoconstrictio)*, ustępuje z kolei miejsca okresowi porażenia naczyń *(vasodilatatio)*. Lekkie zaróżowienie skóry, podniesienie ciepłoty o 2—4° C, podniesienie ciśnienia krwi blisko o 4 mm Hg, powiększenie się amplitudy drgań, stwierdzalne sphygmomanometrem, towarzyszy uczuciu ciepła a nawet palenia w kończynie. I ten okres rozwijający się przez pierwszych 6 dni znika po 4—5 tygodniach. Jest rzecz niezbadana, o ile szybki powrót stosunków prawidłowych zależy od szybkiego odtwarzania włókien nerwowych, o ile zaś od zastępczego wyrównania ze strony pozostałych splotów.

Technika zabiegu jest nader prosta. Najdogodniejsza dla zabiegu jest środkowa część tętnicy udowej tak, jak na kończynie górnej ta sama część tętnicy ramieniowej. Po wyosobnieniu pnia naczyniowego na przestrzeni 8—10 cm przez ewentualne podwiązanie małych rozgałęzień, zdejmujemy otoczkę zewnętrzną ostrym nożykiem, zważając na jej właściwości, a więc na stosunek do otoczenia i do ściany mięsnej naczynia, na grubość i unaczynienie. Jeśli wyniki mają być pomyślne, to otoczkę należy usunąć dokładnie i to tak z przedniej jak i z tylnej ściany naczynia, co znów ze swej strony musi spowodować wyżej opisane odczyny, aczkolwiek w rozmaitym stopniu

Próby stosowania tego sposobu leczniczego są prowadzone w różnych kierunkach.

Żylakowate wrzody podudzia.

Przypadek 1. W. M. 56 letnia; od 7 lat owrzodzenie, zajmujące dolną trzecią część podudzia lewego. Wysokość owrzodzenia 20—25 cm. Otacza ono podudzie prawie że w zupełności, pozostawiając na tylnej powierzchni mostek skórny szerokości 2—3 cm. Brzegi owrzodzenia nierówne, ostro cięte, dno pokryte nieżywą brudną ziarniną. Otaczająca skóra brunatno-sino zabarwiona, ścieńczała i połyskująca. Na całej kończynie, szczególnie po wewnętrznej stronie uda, żylaki dochodzące do grubości wielkiego palca u ręki. Niedomykalność zastawek żyły odpiszczelowej (*Trendelenburg*). Po podwiązaniu i wycięciu pnia żyły odpiszczelowej na przestrzeni 15 cm owrzodzenie uległo oczyszczeniu i pokryło się żywo-czerwoną lecz niewybujałą ziarniną. Wynik tłumaczy się równie dobrze leżeniem w łóżku. Po upływie 3 miesięcy stan niezmieniony. Narastanie naskórka od brzegu prawie że nie postępuje. Wobec tego wycięto z górnej połowy podudzia wąskie uszypułowane płaty skóry, któremi pokryto odświeżone owrzodzenie. Część płatów uległa zgorzeli, część pozostała przygojona, nie nadała owrzodzeniu skłonności do zagojenia. Ponowny zabieg: wycięcie otoczki zewnętrznej w połowie tętnicy udowej na przestrzeni 10—12 cm. Tętnica o dużym przekroju. Otoczka nieco nacieczona daje się z trudnością oddzielić od otoczenia. W parę godzin po zabiegu kończyna wyraźnie chłodniejsza od zdrowej. W następnych dniach widoczna poprawa w gojeniu. Ziarnina czysta, wydzielina skąpa, na brzegu pas pokryty naskórkiem. Po 2 tygodniach, po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką, pokryto ubytek płatkami Thierscha z uda prawego. Tylko część tychże ulega wgojeniu. Po 6 tygodniach widoczne 2 małe dość nieżywe ubytki wielkości feniga. Otoczenie, zagojonego zresztą, owrzodzenia może nieco żywiej czerwone. Chora poczyna chodzić. Przez 2 miesiące stan niezmieniony. Wyżej wspomniane ubytki nie goją się, ale też i niezwiększają się mimo ciągłego chodzenia. W ostatnich czasach wystąpiły bóle kończyny. Chora opuszcza oddział.

W 3 miesiące później stan niezmieniony.

Przypadek 2. J. S. 41 letnia. Owrzodzenie trwające 4 lata zajmuje zewnętrzną i przednią powierzchnię podudzia prawego poniżej połowy a na przestrzeni 2 dłoni. W ostatnich czasach znaczne pogorszenie i dolegliwości. Brzegi i dno twardo nacieczone, pokryte ziarniną płaską, szarą i obficie wydzielającą. Miejscami strzępy obumarłych tkanek. W obrębie v. saphena i poniżej kolana znaczniejsze rozszerzenie żył, prócz tego liczne i rozgałęzione drobne naczynia żylne. Owrzodzenie w czasie miesięcznego leżenia uległo oczyszczeniu. Zabliźniania się jednak nie widać.

Podczas dokonanej sympathectomji odsłonięto tętnicę o przekroju 3 mm bez widocznych zmian miażdżycowych. Po zdjęciu otoczki bliznowato zmienionej tętnica uległa jeszcze większemu zwężeniu. Równocześnie wycięto n. saphenus int. na przestrzeni 10 cm. Po zabiegu nie zauważono zmian w krążeniu kończyny. W 2 tygodnie po tem, na żywo-czerwono i skąpo wydzielającą powierzchnię owrzodzenia przeszczepiono naskórek z uda. Po miesiącu cała powierzchnia pokryta, mimo że chora chodziła. W okresie tym, po urazie, wytworzyły się dwa głębokie, wielkości kilku cm^2, owrzodzenia, o brzegach ostrych i twardych a dnie brudno szarem, nieżywem. Mimo leżenia owrzodzenia nie okazują żadnej skłonności do zagojenia. Chora opuściła oddział.

Przypadek 3. K. S. 62 letnia. W ciągu 15 lat owrzodzenie dwukrotnie się zagoiło. W ostatnich czasach stałe pogorszenie. W chwili przyjęcia owrzodzenie wielkości 2 dłoni zajmuje przednią powierzchnię, oraz boki dolnej trzeciej części podudzia lewego. Brzegi ścieńczałe przechodzą w wąski pasek świeżo wytworzonego naskórka. Dno owrzodzenia wyniosłe, pokryte ziarniną wcale żywą. Wydzielina obfita. Obrzęk stopy miernego stopnia. Na udzie żylaki.

Wykonano wycięcie splotu współczulnego okołotętniczego w połowie tętnicy udowej. Wymiar tętnicy prawidłowy. W otoczeniu ledwo zaznaczone zmiany bliznowate. Otoczkę zdjęto na przestrzeni 8 cm. Przez kilka dni po zabiegu kończyna zaróżowiona oraz cieplejsza. W ciągu pierwszego miesiąca rana oczyściła się zupełnie z pozostałych tu i ówdzie obumarłych strzępów, wydziela jednak obficie. Od brzegów zaledwie ślad narastania naskórka. W dalszych 4 tygodniach owrzodzenie zmniejszone przez przybrzeżny pasek świeżego naskórka, sama jednak powierzchnia żółtawo zabarwiona, nieżywa. Wygląd owrzodzenia pogarsza się.

Należy zastanowić się przedewszystkiem nad przypuszczalnym sposobem działania sympathectomii przy owrzodzeniach żylakowatych. Zapatrywania autorów są w tym kierunku zgodne, że jeśli zabieg ma na nie wpływ, to tylko przez stworzenie nowych, lepszych warunków krążenia, natomiast istotnej przyczyny tego rodzaju zaburzeń nie może usunąć. Wprawdzie, jak przy wszystkich sprawach, tak i przy owrzodzeniach podudzia, znaczne a niekorzystne znaczenie mają miejscowe warunki (zwisanie kończyny), jednak czynnikiem zasadniczym jest stałe upośledzenie i utrudnienie krążenia w obrębie całej kończyny przez żylakowate naczynia. Chociaż więc bezpośrednio po zabiegu uzyskujemy obfitsze ukrwienie, to jednak jest ono albo za małe, by wyrównać istniejące zaburzenia, albo też trwa za krótko, aby mogło doprowadzić do takiego utrwalenia zbliznowacenia, któreby było w stanie przetrzymać powracające gorsze warunki. Wyniki nasze są zupełnie zgodne z powyższym wywodem. Wszystkie 3 przypadki należały do ciężkich, tak co do swego wyglądu, czasu trwania, jak i rozmiarów. We wszystkich 3 napotkano sprawę zapalną umiejscowioną wzdłuż przebiegu pęczka naczyniowego. Jest ona zrozumiała, jako sprawa wtórna mająca swoją przyczynę w zakażonych owrzodzeniach. W jednym z przypadków (2) drobny wymiar tętnicy wskazywał przy braku widocznych zmian na niedorozwój, który ze swej strony nie polepszał warunków krążenia. W pierwszym i trzecim przypadku wycięto tylko nerw okołotętniczy, w przypadku drugim równocześnie n. saphenus int. Wycięcie tego ostatniego wprowadził Nabias, który dobre wyniki po okrężnem nacięciu uda sposób Moreschiego) przypisywał przecięciu powierzchownych nerwów współczulnych (podobnie Baudet) a w szczególności włókien biegnących w n. saphenus int. Cały też zabieg uprościł przez przecinanie tylko wspomnianego nerwu.

W 2 pierwszych przypadkach z biegiem dość dużego czasu przyszło w końcu do zagojenia, lecz względnego. W pierwszym pozostały do końca małe ubytki, w drugim po całkowitem zabliźnieniu przy pierwszej sposobności powstały nowe. W obu wielką pomocą było przeszczepienie naskórka oraz długie leżenie w łóżku, w jednym ponadto dokonane uprzednio wycięcie żyły. Sądząc z tych przypadków przyjąć należy, że wycięcie nerwu współczulnego nieco przyśpiesza gojenie, umożliwia przyjęcie się przeszczepionego naskórka, nie daje jednak zabezpieczenia przed nawrotami. W trzecim przypadku jakiegokolwiek wpływu wogóle nie stwierdzono, gdyż i to co uzyskano śmiało iść może na rachunek działania spoczynku. Przeciwnie w ostatnich czasach zauważono pogorszenie, gdy natomiast owrzodzenie tego samego rodzaju i rozmiaru u innej chorej przy zachowawczem leczeniu zabliźniło się w tymże czasie prawie zupełnie. Zapewne, że porównanie jest niezbyt ściśle, skoro przeprowadzono je pomiędzy dwoma różnemi osobami.

Leriche robił sympathectomię przy wyprysku na tle żylaków, Duval i Ecot przy wrzodach żylakowatych. Wszyscy trzej notują dobre bezpośrednie wyniki.

A zatem, pomijając widoki trwałego wyleczenia, można otrzymać po wycięciu splotu okołonaczyniowego doraźne zagojenie i to tem szybciej i pewniej, im owrzodzenie było mniej zaniedbane i mniej oporne, a więc ustępujące i przy zachowawczem leczeniu. Przy wrzodach zastarzałych, głęboko drążących, gdzie sama sympathectomia już nie wystarcza, pomocą pewną jest sposób Thierscha, ale i wtedy uzyskane wyniki nie należą do najlepszych.

Zgorzel starcza.

Jeszcze mniej wdzięczne pole dla działania sympathectomji, aniżeli przy wrzodach podudzia, przyjąć należało z góry przy zgorzeli starczej.

Przypadek 4. I. J. 34 letni. Przed 6 miesiącami wystąpiły okresowo bóle w obrębie palców nogi lewej, poprzedzone uczuciem świędzenia. Po 4 miesiącach trwania tychże zczerniał najpierw palec drugi a po nim trzeci i czwarty. Zakaźnych chorób nie przechodził, serce bez zmian. Kończyna prawa w całości lekko zanikła, mięśnie bardziej wiotkie, aniżeli po stronie zdrowej. Stopa lekko obrzękła i sina. Palce: drugi, trzeci i czwarty czarno zabarwione i wysuszone. Zmiany te kończą się ostro na wysokości stawu podstawowego członu. Linia graniczna żywo czerwona i bardzo bolesna. Brak tętna na tętnicy grzbietowej. Mocz prawidłowy. Odczyn Wassermana ujemny. Od chwili wystąpienia zgorzeli bóle spotęgowały się znacznie.

Sympathectomja w połowie tętnicy udowej. Tętnica, przeciętnych wymiarów, okazuje miejscami żółto-białe plamy, naogół twarda i niepodatna. Otoczka bez zmian odchodzi z łatwością. Przez 3 dni po zabiegu bóle ustąpiły zupełnie, poczem powróciły z pierwotną siłą. Wobec tego, że i części zgorzelinowe nie okazywały skłonności do oddzielenia się, odjęto kończynę. Sekcja wykazała zmiany miażdżycowe a w tętnicy udowej, 10 cm poniżej miejsca zabiegu, organizujący się skrzep.

Wydaje się zatem, że przy zgorzeli starczej i przy zachowaniu nawet pewnej podatności naczyń z chwilą rozwinięcia się sprawy nic nie uzyskamy. W stanach wczesnych natomiast, w okresie zapowiadających bólów kończyny, notuje Leriche dobre wyniki. Przeprowadza on bowiem ścisłą granicę pomiędzy bólami wczesnemi a późniejszemi. Pierwsze napadowe, ogólne, występują w towarzystwie zaburzeń naczynio ruchowych takich, jak uczucie zimna a częściej gorąca, zaróżowienia i obrzęku stopy, drugie są bardziej umiejscowione i stałe. Pierwsze odnosi do podrażnienia splotu okołonaczyniowego w następstwie rozwijających się zmian, których obrazem jest ściślejsze przyleganie otoczki i jej wybitniejsze unaczynienie. Drugie mają być wyrazem zgorzeli, zniszczenia nerwów czuciowych i postępującej sprawy zapalnej. Jeżeli w drugim przypadku przecięcie nerwu kulszowego (algostasa według Quenu) daje dobre wyniki, w pierwszym najlepsze widoki posiada sympathectomia.

Owrzodzenia na tle zaburzeń odżywczych.

Przypadek 5. K. A. 55 letni. 7 lat trwające owrzodzenie stopy lewej uległo dwukrotnie zabliźnieniu. Chory na bóle się nie uskarża. Na podeszwowej stronie lewego palca dużego na wysokości stawu pierwszego członu owrzodzenie wielkości fenigа, okrągłe, o brzegach wyniosłych wytworzonych przez wybujały naskórek. Brzegi te są podminowane. Dno owrzodzenia nieżywe pokryte białym nalotem. Dookoła ubytku upośledzenie czucia. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie neurologiczne: wiąd rdzenia. 5 tygodni trwające leżenie bez wpływu. Sympathectomja na wysokości połowy tętnicy udowej. Tętnica dużych wymiarów. Po zdjęciu otoczki widoczne biało-żółtawe plamy na ścianie tętnicy, zresztą kurczącej się wybitnie. Po zabiegu kończyna cieplejsza. W przeciągu 2 tygodni zupełne zabliźnienie się owrzodzenia.

W tym więc typowym przypadku owrzodzenia porażennego uzyskaliśmy uderzająco szybki wynik doraźny, co będzie dalej, przyszłość okaże. Dobre wyniki notuje również Leriche, natomiast Mauclaire zawody. W każdym razie otwiera się wdzięczne pole stosowania przy porażeniach ogólnych, jamistości rdzenia, rozszczepie kręgosłupa, wtórnych uszkodzeniach rdzenia itp. i to zarówno przy owrzodzeniach, jak i przy zmianach stawowych (arthropathia tabetica, jamistość rdzenia). Wytłumaczenie mechanizmu działania, jak się poniżej okaże, nie jest łatwe.

Przypadek 6. L. W. 40 letni. W 33 roku życia przebył kiłę i leczył się. Przed 8 laty rana postrzałowa pachwiny prawej, w następstwie której wystąpiły bóle i czynnościowe upośledzenie kończyny. W ciągu 2 lat dolegliwości powyższe znikły, jednak odnóże zawsze pozostało słabsze. Przed 10 miesiącami utworzyło się niebolesne owrzodzenie na stopie, owrzodzenie oporne wszelkiemu leczeniu. Cała kończyna prawa nieco zanikła. Poniżej więzu Pouparta blizna wielkości marki po wylocie kanału postrzałowego, którego wlot znajduje się na pośladku po tejże samej stronie. Brak tętna na tętnicy podkolanowej i grzbietowej. Skóra stopy ścieńczała. Na opuszce palca wielkiego owrzodzenie wielkości 3—4 cm³, o brzegach nierównych i grubych, dnie płaskiem nieżywem, pokrytem martwiczą tkanką. Owrzodzenie niebolesne, tożsamo okalająca je skóra. Wyraźne obniżenie czucia dotykowego całej stopy, tamże uczucie mrowienia oraz niemożność poruszania palcami. Badanie neurologiczne: nerw kulszowy zmian nie wykazuje. Odczyn Wassermanna ujemny.

Odsłonięta w górnej trzeciej części tętnica udowa przedstawia się jako wąskie nietętniące pasemko otoczone blizną. Bliznę tę dookoła ściany naczyniowej wycięto. Bezpośrednio po zabiegu chory podaje, że czucie kończyny znacznie się poprawiło a uczucie mrowienia zupełnie ustąpiło. Powróciła możność swobodnego poruszania palcami. Przez kilka dni utrzymuje się podniesiona ciepłota podudzia. W przeciągu czterech tygodni rana się oczyściła i zabliźniła, pozostała tylko w pośrodku żywa zresztą ziarnina wielkości grochu. Chory opuścił klinikę celem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

W przypadku powyższym przyczyny zaburzeń bezwątpienia szukać należy w uszkodzeniu tętnicy udowej. Dowodem tego brak tętna, zmiany znalezione przy zabiegu oraz nieupośledzona czynność nerwu, któryby wchodził w grę, tj. nerwu kulszowego. Zachodzi pytanie, czy uszkodzenie tętnicy może w rzeczy samej stanowić przyczynę. Przeczy temu Leriche. Według niego, niedokrewność powstała po podwiązaniu naczyń nie gra w tym kierunku roli. Przyznać trzeba, że rzeczywiście owrzodzenia w tych warunkach należą do rzadkości, gdyż sprawa kończy się zazwyczaj na uporczywych obrzękach. Istotną przyczynę stanowić ma uszkodzenie splotu współczulnego okołonaczyniowego. który dostaje się w bliznę. Uwolnienie go oraz wycięcie leczyć winno dolegliwości. U chorego naszego wynik był rzeczywiście dodatni. Ale mieliśmy tutaj zaburzenia różnego rodzaju: owrzodzenie oraz upośledzenie czucia. Jeżeli dla pierwszego przyjmiemy mechanizm podany przez Leriche'a, to stosunek drugiego do systemu sympatycznego nie jest wyjaśniony. Zachodzi pytanie, czy nerw współczulny ma wpływ na czucie bezpośrednie, czy też pośrednie przez zmiany naczynioruchowe. Zagadnienie, śledzone już przez K. Bernarda, badane przez Regarda, rozstrzyga ostatnio Tournay w przeciwieństwie do Sicarda na korzyść bezpośredniego wpływu.

Przypadek 7. S. L. 37 letni. Przed 7 laty raniony, przyczem kula przeszła przez oba pośladki. Następstwem było porażenie stopy prawej a w trzy lata później niegojące się owrzodzenia na pięcie. Ostatnio, bezpośrednio przed zgłoszeniem wytworzył się takiż sam ubytek na zewnętrznym brzegu stopy. Wlot postrzału powyżej lewego krętarza wylot na prawym pośladku. Podudzie prawe od połowy zasiniałe, pokryte łuszczącą się skórą, ciepłota w porównaniu z lewą obniżona. Podeszwa pokryta grubą warstwą zrogowaciałego naskórka. Na pięcie owrzodzenie wielkości feniga nieżywe, niebolesne, głębokie, otoczone wałem podminowanego a nader grubego naskórka. Takiż sam wygląd posiada ubytek na brzegu stopy rozmiarów 2—3 cm², jednak bardziej powierzchowny. Tętno na tętnicy grzbietowej wyczuwalne. Próba Moszkowicza daje czynne przekrwienie, znacznie szybsze i wybitniejsze po stronie chorej aniżeli po zdrowej. Badanie neurologiczne: *Laesio n. ischiadici dextri partialis traumatica praecipue n. tib. postici et n. peronei.* 6-cio tygodniowe leczenie zachowawcze bez najmniejszego wpływu. Sympathectomia w połowie prawej tętnicy udowej. Tętnica rozmiarów prawidłowych po obnażeniu kurczy się widocznie. Przez 3 dni następne wyraźne podniesienie ciepłoty kończyny przy równoczesnem wybitniejszem zaróżowieniu. Po 2 tygodniach owrzodzenie brzeżne zagojone. Owrzodzenie na pięcie wyrównane i zmniejszone do $^1/_4$ rozmiaru.

Sprawą powstawania troficznych owrzodzeń (Mal perforant du pied), w szczególności w następstwie uszkodzenia nerwu kulszowego, zajmował się Leriche. Wykazał on na szeregu przypadków, że do powstawania tychże owrzodzeń poza uszkodzeniem pnia nerwowego konieczny jest jeszcze pewien okres czasu oraz przewlekłe urazy. Utrata czucia natomiast oraz przerwa krążenia w. głównym pniu tętniczym nie mają widocznego wpływu. Autor ten przeczy istnieniu osobnych włókien troficznych. Bezpośrednią przyczynę stanowić mają zaburzenia naczynio-ruchowe, których źródłem jest uszkodzenie pnia nerwowego. Wszelkie blizny powstałe przez nieprawidłowe połączenie otoczenia z włóknami nerwowemi wprawiają te włókna w stan podrażnienia, który to stan drogą odruchową przez układ nerwowy ośrodkowy i przez sploty okokotętnicze udziela się naczyniom włosowatym w postaci zaburzeń naczynio-ruchowych. Leriche czyni więc odpowiedzialnemi w pierwszym rzędzie dośrodkowe nerwiaki i wykazuje dowodnie, że jeżeli owrzodzenia po usunięciu nerwiaków zabliźniają się a po pewnym czasie powracają ponownie, to tylko dlatego, że i nerwiaki ponownie się wytworzyły. Leriche w zapatrywaniach swoich nie jest odosobniony. Pierwszy Charcot, a za nim cały szereg autorów przyjmuje w przeciwieństwie do dawnej teorji porażennej podrażnienie jako przyczynę omawianych zaburzeń. Tylko drogi, jakiemi podrażnienie to idzie, różnie sobie tłumaczą. Gdy Mitschell przyjmuje drogę bezpośrednią a więc idącą ze źródła podrażnienia wprost do obwodu, Vulpian wskazuje na drogę pośrednią przez ośrodek troficzny, przytem idącą tym samym szlakiem czuciowym w obu kierunkach. Cassirer opisuje drogę dokładnie tę samą, co i Leriche. Brüning wreszcie najzupełniej godzi się, że dośrodkowe nerwiaki są punktem wyjścia owego podrażnienia, choć nie odmawia w zupełności znaczenia i sprawom porażennym, szczególnie w zakresie czucia.

Leczenie, dla którego punkt wyjścia stanowiła teorja Leriche'a, zasadza się w pierwszej linji na usunięciu nerwiaka względnie blizn z otoczenia nerwu (neurolysis) jako właściwych przyczyn cierpienia. Najlepszym środkiem zapobiegania nawrotom jest przywrócenie ciągłości nerwu, nie tyle ze względu na usunięcie porażeń, ile ze względu na tworzenie się owych nerwiaków. Jeśli jednak, z tych czy innych powodów, trwałe usunięcie źródła podrażnienia nie jest możliwe, to pozostanie przerwanie drogi przewodzącej owo podrażnienie przez wycięcie splotu współczulnego okołotętniczego. Zazwyczaj łączy oba te sposoby, poprzedzając zeszycie nerwu sympathectomją. Przez polepszone warunki odżywcze goi doraźnie owrzodzenie i stwarza dobre warunki fizjologicznej odbudowy nerwu.

W przypadku naszym (7) osiągnięto samą sympathectomią wynik doraźny zupełny i uderzająco szybki. Sam Leriche zaznacza, że do zagojenia owrzodzeń na pięcie trzeba przeciętnie 4—5 tygodni. Z innych autorów Terracol uzyskał wygojenie kikuta poamputacyjnego a Leriche wygojenie owrzodzenia rogówki na tle keratitis neuroparalytica przez wycięcie splotu tętnicy szyjnej, wygojenie utrzymujące się przez 2 lata i 3 miesiące. W myśl przytoczonych wyżej wywodów uważa Leriche, podobnie zresztą jak Wilbrand i Sänger, *keratitis neuroparalytica,* wbrew utartej nazwie, za następstwo podrażnienia włókien nerwowych w zakresie nerwu trójdzielnego.

Kończąc omawianie spraw natury troficznej warto zwrócić uwagę na wyniki uzyskane przez Leriche'a w przypadkach marskości sromu (*kraurosis vulvae*), które to cierpienie uważa Leriche za zaburzenie naczynioruchowe. W krótkim czasie po obnażeniu tętnicy brzusznej (arteria hypogastrica) zniknęły nie tylko bóle i świędzenie, ale również ustąpiły i zmiany skórne.

Zgorzel przedwczesna.

Na zgorzel kończyn występującą poniżej lat 50-ciu zwrócono w ostatnich czasach baczniejszą uwagę. Nie ulega wątpliwości, że główne tło stanowią dla niej organiczne zmiany naczyniowe. Pozatem napotykamy jednak dane prze-

mawiające za tem, że schorzenia splotu naczynio-ruchowego dużą odgrywają tu rolę. Najprawdopodobniej jednak, jak w wielu jeszcze dziedzinach kliniki, tak i tu jedną nazwą obejmuje się obrazy różnego pochodzenia. Pewne światło w tym kierunku rzucają chociażby dwa nasze niżej przytoczone spostrzeżenia.

Przypadek. 8. U. J. 40 letni. Od półtora roku przemijające bóle w kończynie dolnej lewej. Od roku owrzodzenie stopy a w ostatnich czasach zgorzel palca drugiego. Na grzbiecie palca drugiego, w obrębie członu końcowego i drugiego, sucha, czarno zabarwiona, obumarła skóra. Chociaż granica zmiany jest ostra, nie widać skłonności do oddzielenia się nieżywej tkanki. Palce oraz otoczenie niebolesne. Na tejże stopie u podstawy palca piątego, na jego brzegu, ubytek okrągły wielkości feniga, głęboki, otoczony twardym i zgrubiałym naskórkiem. Brzegi owrzodzenia podminowane, dno nieżywe, pokryte strzępem nekrotycznym, wydziela skąpo. Mocz bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie neurologiczne ujemne. Próba Moszkowicza daje w porównaniu z drugą kończyną przekrwienie znacznie szybciej postępujące i żywsze.

Przy sympathectomji dokonanej w połowie tętnicy udowej zauważono, że tętnica ma małe światło, ściany bez widocznych zmian a otoczkę wybitnie ukrwioną, łatwo schodzącą. Po wycięciu otoczki ograniczony skurcz tętnicy do $^1/_3$ pierwotnego wymiaru. W ciągu pierwszych 24 godzin na kończynie zmian nie stwierdzono. Bóle, które chory miewał poprzednio, znikły zupełnie. W następnej dobie wyraźne miejscowe podniesienie ciepłoty. Równocześnie linja ograniczająca zgorzelinową skórę wilgotnieje. Po 5 dniach część obumarłej skóry oddziela się a na dnie owrzodzenia palca piątego występuje blado-różowa ziarnina. Po 2 tygodniach na palcu i na stopie małe wysepki ziarniny. Bóle, które powróciły ponownie w znacznie słabszym stopniu, coraz bardziej nikną.

Poza wynikiem leczniczym, który i w tym przypadku jest zupełnie wyraźny i szybki, zaciekawia sprawa zachowania się kończyny przy próbie Moszkowicza. Badania Elsnitza wykazały, że występujące po zdjęciu uciskającej opaski zaczerwienienie jest wyrazem zwiększenia amplitudy tętna (*Makrosphygmia*). Różna co do wielkości i czasu u różnych osób zależy od stopnia napięcia nerwu współczulnego. Im napięcie mniejsze (porażenie nerwu współczulnego), tem zwiększenie amplitudy mniej wybitne i odwrotnie. Stąd po uszkodzeniach wojennych spotykamy amplitudę na kończynie chorej większą, aniżeli na zdrowej, co jest wyrazem stanu podrażnienia układu okołotętniczego.

W świetle tych badań wynik próby uzyskanej w przypadku 7-mym potwierdza teorję genezy owrzodzeń troficznych z podrażnienia. Też same badania skłaniają nas do odrzucenia zmian naczyniowych, jako jedynie możliwego powodu zaburzeń w przypadku 8, a natomiast zniewalają do przyjęcia nieprawidłowego stanu nerwu współczulnego, jako przyczyny, wysuwającej się na plan pierwszy. Zresztą i owrzodzenie o znamiennym wyglądzie poprzedzało wystąpienie zgorzeli. Jednem słowem jest to przypadek zgorzeli przedwczesnej (*gangraena praesenilis*) z dominującemi objawami podrażnienia splotu naczynio-ruchowego.

Przypadek 9. K. J. 37 letni. Przed rokiem odjęto mu palec trzeci nogi lewej z powodu zgorzeli, połączonej z silnemi bólami. Po zabiegu cierpienia ustąpiły. Obecnie przed 2 miesiącami wystąpiły po raz wtóry dokuczliwe bóle powtarzające się chwilami, szczególnie przy chodzeniu, a umiejscowione w okolicy palców tym razem nogi prawej. Sucha zgorzel palca drugiego. Linia odgraniczająca wyraźna, a w jej najbliższem otoczeniu lekko sino-czerwone podbarwienie i obrzęk. Serce bez zmian. Mocz prawidłowy. Odczyn Wassermanna ujemny. Obydwie tętnice promieniowe twarde, wyraźnie różańcowate. Tętna na tętnicy grzbietowej wyczuć nie można.

Wycięto splot współczulny w połowie tętnicy udowej na przestrzeni 10 cm. Obwód tętnicy przeciętnie obszerny. Otoczka dobrze unaczyniona schodzi z łatwością. Po zdjęciu otoczki tętnica kurczy się do $^1/_3$ części pierwotnego wymiaru. W kilka godzin po zabiegu bóle zupełnie ustały. Kończyna wyraźnie bledsza oraz zimniejsza, przyczem granica oziębienia przebiega tuż poniżej kolana. Ku dołowi oziębienie się wzmaga a najwybitniej zaznacza się na stopie. W 24 godzin później noga chora znacznie cieplejsza i różowsza aniżeli zdrowa. Bólów w dalszym ciągu nie ma. Chory odczuwa natomiast jak gdyby lekkie palenie. 7 dni po zabiegu ponowiły się silne bóle palca trzeciego tejże samej kończyny a w dwa dni potem wystąpiło zasinienie przechodzące z biegiem czasu w wyraźną zgorzel. Przez cały czas bóle występują prawie z reguły wieczorem i w nocy, ponadto i co do siły mniejsze i co charakteru zupełnie inne od tych, jakie miewał przed zabiegiem. Po 3 tygodniach zgorzel uległa odgraniczeniu a po odjęciu palca rana zwolna poczęła się goić, przyczem bóle zmniejszyły się.

W przypadku pierwszym (8) nietylko uzyskano zagojenie owrzodzenia ale również oddzielenie się części zgorzelinowych i zabliźnienie ubytku. W drugim natomiast (9) nie osiągnięto ani przyśpieszenia odgraniczenia ani też ustąpienia bólów, co więcej już po 7 dniach po zabiegu zgorzel objęła palec sąsiadujący. Bezwątpienia wysuwające się na plan pierwszy daleko posunięte zmiany naczyniowe były tego powodem.

Co się tyczy bólów to zachowanie się ich przed i po zabiegu przemawiają za przedstawioną wyżej teorją Leriche'a.

Owrzodzenia urazowe.

Przypadek 10. Z. T. 26 letni. Przed $1^1/_2$ rokiem w następstwie urazów wytworzyło się owrzodzenie w dolnej połowie podudzia lewego. W około niegojącego się mimo leczenia ubytku wystąpiły zmiany w skórze, poczem pojawiły się bóle, szczególnie dotkliwe przy chodzeniu i staniu, oraz małe owrzodzenia zabliźniające się przejściowo. Kończyna lewa poniżej kolana obrzękła. Skóra w trzeciej części środkowej i dolnej brunatno zabarwiona ścieńczała i łuszcząca się. Na niej liczne nieregularne drobne płaskie ubytki o brzegach ostrych. Jeden dochodzi do wielkości dłoni dziecka, a otoczony jest blizną. 4-tygodniowe leżenie bez wpływu. Wycięto otoczkę zewnętrzną tętnicy udowej w połowie przebiegu. Tętnica o przekroju 3—4 mm. W przeciągu 15 dni wszystkie owrzodzenia uległy zagojeniu. Z chwilą, gdy chory począł chodzić, wytworzyły się dwa nowe ubytki wielkości grochu, które jednak po kilku dniach ustąpiły. Po 3 miesiącach chory zgłosił się do badania. Obrzęk kończyny zupełnie ustąpił. Zmiany barwikowe skóry znacznie bardziej różowe. Chory pracuje w pozycji stojącej, mimo to nie ma śladu ani owrzodzeń ani też bólów. Wyleczenie zupełne.

Przypadek 11. K. W. 22 letni. Przed 2 laty uderzenie drzewem w podudzie prawe. W miejscu urazu wystąpiło zasinienie a wkrótce potem wytworzyło się owrzodzenie. Przed $^1/_2$ rokiem ponowny uraz z następowem owrzodzeniem na kończynie tym razem lewej. Oba ubytki stale się utrzymują. W połowie podudzia lewego wyniosłe owrzodzenie rozmiarów dłoni o brzegach gładkich i płaskich a dnie pokrytem nieżywą ziarniną. Otaczająca skóra sino podbarwiona. Owrzodzenie nieruchomo usadowione na kości, która wykazuje w tem miejscu wrzecionowate rozdęcie. Owrzodzenie o tym samym wyglądzie i w tem samem miejscu znajduje się na podudziu prawem rozmiarami tylko o $^1/_3$ mniejsze. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie radjologiczne wykazuje znaczne zgrubienie okostnej kości goleniowej.

Wycięcie splotu około naczyniowego w połowie uda lewego. Tętnica bardzo gruba. Owrzodzenie na kończynie nieoperowanej wygojone w przeciągu 2 tygodni. Na kończynie lewej po 5 tygodniach mała żywa ziarnina wielkości fasoli. Zgrubienia kości widocznie się zmniejszyły. Otaczające zasinienie ustąpiło również w znacznym stopniu.

Przypadek 12. H. T. 18 letni. Przed 2 laty upadla choremu cegła na podudzie lewe. Powstałe owrzodzenie mimo leczenia nie znikało ani na chwilę. Na przedniej powierzchni podudzia lewego ubytek rozmiarów 5×2 cm. Brzegi gładkie, sinawo czerwone; dno gładkie pokryte strupem mało ruchome. Odczyn Wassermanna ujemny.

Wycięcie splotu tętnicy udowej w połowie. Tętnica przeciętnej grubości. Bezpośrednio po zabiegu oziębienie i zblednięcie kończyny. Po upływie doby bardzo wybitne podniesienie ciepłoty i uczucie ciepła. Wygląd owrzodzenia zmienia się w pierwszych 24 godzinach, a po 10 dniach następuje zupełne zagojenie, mimo że chory chodził przez cały czas.

Przypadek 13. G. W. 43 letni. Przed kilkunastu laty zranił siekierą nogę lewą. W bliźnie, jaka stąd powstała, wytworzyło się przed rokiem owrzodzenie. Lewa kończyna aż do wysokości kolana obrzękła. Okolicę stawu skokowego oraz zewnętrzną stronę podudzia zajmuje rozległa twarda pasmowata nieregularna blizna, a przylegając silnie do podstawy upośledza ruchy nogi w znacznym stopniu. W pośrodku blizny owrzodzenie na przestrzeni dłoni o brzegach zazębionych ostro ciętych i wyniosłych.

Wycięto splot tętnicy udowej w połowie jej długości. Tętnica bez zmian. Wycięcie n. saphenus na przestrzeni 10 cm. Zmian w krążeniu po zabiegu nie stwierdzono. Po 9 dniach owrzodzenie oczyszczone i pokryte łatwo krwawiącą ziarniną. Przez miesiąc trwa stan niezmieniony, poczem ubytek z powrotem nabywa wyglądu nieżywego i pokrywa się strzępami i nalotami. W stanie, w jakim chory przyszedł, opuszcza oddział.

Wszystkie opisane przypadki powstały na tle urazowem. Zapewne, że stwierdzona przy zabiegu u chorego 10-go hypoplasia naczynia miała swoje znaczenie. Wynik leczenia trzech pierwszych był niewątpliwy. Wszak zagojeniu uległy owrzodzenia, które trwały lata i które pozostawały w czasie leczenia w tych samych warunkach, gdyż chorzy chodzili. Gojenie trwa-

to niezmiernie krótko. W przypadku 2 mieliśmy do czynienia na 2 kończynach z jednakowemi a różniącemi się tylko co do rozmiarów owrzodzeniami Jedno leczono sympathectomją, drugie pozostawiono w spokoju celem porównania. I oto owrzodzenie leczone zachowawczo wygoiło się o wiele prędzej aniżeli operowane. Było przedewszystkiem znacznie mniejsze. Nadto zachodzą jeszcze inne możliwości. Ramond i Veillet stosując sympathectomię okołotętniczą jednostronną z powodu choroby Raynauda doczekali się wyleczenia i strony drugiej nieoperowanej. Tak było w przypadku Ramonda, w którym cierpienie ograniczało się do obu kończyn górnych, i podobnie w przypadku Veilleta, w którym zmiany uogólnione ustąpiły na kończynach górnych po obnażeniu jednej tylko tętnicy ramieniowej natomiast utrzymywały się nadal na odnóżach dolnych. Widoczny był więc wpływ strony jednej na drugą ale tylko symetryczną. Możliwość zatem wpływu wycięcia splotu po jednej stronie na zachowany splot drugostronny istnieje, aczkolwiek porównanie obu rodzajów wycięcia nerwu, zdrowego u chorego naszego, a w przypadkach wymienionych autorów zapewne zmienionego, nie jest ścisłe.

Przebieg gojenia się ran pod wpływem przecięcia splotu sympatycznego badał doświadczalnie na królikach Leriche i Haour. Uzyskane w następstwie rozszerzania naczyń zwiększenie ciśnienia obwodowego oraz zwiększenie amplitudy tętna do tego stopnia wzmaga ukrwienie tkanek, że gojenie postępuje dwa razy prędzej, aniżeli w warunkach normalnych, wskutek czego i blizny daje delikatniejsze i mniej zaciągnięte. W przypadku 11 nawet głębsze na okostną sięgające zmiany uległy częściowemu wyrównaniu. Ale też nieodzownym warunkiem powodzenia jest zdolność przekrwienia tkanek otaczających owrzodzenie. Gruba, niepodatna blizna napewno jej nie ma, a w każdym razie w stopniu niewielkim. Tem też tłumaczyć należy zawód w przypadku 13, chociaż i w nim osiągnięto przekrwienie ale przemijające. O uzyskaniu wyleczenia uporczywych owrzodzeń w następstwie odmrożenia donoszą Vencken i Guimy.

Na tem kończą się nasze spostrzeżenia.

Istnieje jednak jeszcze cały szereg schorzeń, w których stosowano sympathectomję z mniejszem lub większem powodzeniem. Najlepsze, zdaje się, wyniki uzyskano w przypadkach bólów kończyn i innych z tem związanych zaburzeń w następstwie ran postrzałowych (causalgia). Platon ogłosił 19 przypadków. Wśród tych 12-tu, badanych po 2 latach, znalazł 75% trwałych uleczeń. Robinau natomiast nie uzyskał trwałego ustąpienia bólów, a szybkość powrotu ich po zabiegu tłumaczy możliwością szybkiej regeneracji włókien współczulnych. Zawody i nietrwałość uleczeń spowodowały, że Martel i Robinau do sympathectomji okołotętniczej dołączają przecięcie tylnych korzonków rdzenia na wysokości odpowiadającej okolicy dotkniętej przypadłościami. W ten sposób uzyskują przerwanie wszystkich doprowadzających i odprowadzających dróg nerwowych za wyjątkiem dróg ruchowych. Sympathectomia, wykonana z powodu causalgji po raz pierwszy przez Leriche'a w roku 1915, opiera się na hypotezie tegoż autora, że główną ich przyczyną jest podrażniające uszkodzenie splotu współczulnego okołotętniczego. Gdy jedni, przynajmniej po części, z tem się zgadzają (Letievaut, Athanasio), inni przeczą w zupełności jakoby nerw sympatyczny grał jakąś rolę (Girou, Siccard).

Pozostaje jednak rzeczą udowodnioną, że w większości przypadków po dokonaniu wycięcia osłonki okołotętniczej bóle i towarzyszące im zaburzenia naczynioruchowe znikają przynajmniej częściowo.

Leriche metodę swoją stosował z wielkiem powodzeniem przy urazowych przykurczeniach pochodzenia mięśniowego. Znów wysuwa się zagadkowa sprawa właściwej przyczyny tychże, sprawa t. zw. odruchowych porażeń (Babiński, Oppenheim).

O leczniczej wartości sympathectomji przy chorobie Raynauda zdania są nieustalone. Widoczne wyniki spostrzegali wszyscy autorzy (Leriche, Veillet, Robinau), pytanie tylko, czy wyniki te utrzymają się stale. Pierwszy Robinau doczekał się powrotu cierpienia już po 10 dniach, Veillet natomiast po 2 miesiącach jeszcze nie widział nawrotu. W zasadzie wyniki powinny być dobre, jeżeli mają podstawy zapatrywania Sicarda, Laignel'a i innych, że jestto cierpienie układu sympatycznego.

Z tegoż samego założenia wychodzą pomysły leczenia innych t. zw. naczynio-ruchowych nerwic, jak Akroparaesthesii, Sclerodermii, Erythromelalgii, Oedema subcutaneum circumscriptum itd.

Abadie stosował wycięcie splotu tętnicy szyjnej przy pewnych postaciach zaniku nerwu wzrokowego. Leriche posłużył się 3 krotnie sympathectomją przy zabiegach na mózgu wykorzystując pierwszy okres skurczu naczyń i następowej niedokrewności w celach hemostatycznych. Rozważa on również poprawę odżywienia tkanki mózgowej w przypadkach endarteritis obliterans i w przypadkach niedokrewności w następstwie podwiązania tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Nie zapomniano również i o gruczołach z wydzielaniem wewnętrznem.

Piśmiennictwo.

1) Badulescu: Spitalul 1920. N. 4. Ref. Zentr. f. d. ges Chir. — 2) Brüning. Archiv. f. Klin. Chir. 1921. Bd. 117 N. 1. — 3) Tenże. Klin. Woch. 1922. N. 15. — 4) Cadenat Bull. et Mém. Soc. d. Chir. 1921 p. 943. — 5) Ecot. Bull. et Mém. Soc. d. Chir. 1921 p. 1047. — 6) Elsnitz. Bull. et Mém. d. l. soc. méd. d. hôp. 1921. N. 19. — 7) Foix, Mouchet et Rimette. Revue neurol. 1919. p. 141. — 8) Giron. La Presse Médic. 1918 p. 584. — 9) Gomoiu. Spitalul 1920 N. 1. Ref. Zentr. f. d. ges. Chir. — 10) Tenże. Spitalul 1921 N. 2. Ref. Zentr. f. d. ges. Chir. — 11) Higier. Klin. Woch. 1922 N. 24. — 12) Lerische. Annals of Surgery Bd. 74. 1921 N. 4. — 13) Leriche et Haour. La Presse Médicale 1921 N. 86. — 14) Leriche. Lyon Chirurg. 1913. — 15) Tenże. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1917 p. 310. — 16) Tenże. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1919 p. 718. — 17) Tenże. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1920 p. 1474. — 19) Tenże. La Presse Médicale 1920. N. 78. — Tenże. Bull. et. Mem. Soc. d. Chi . 1921 p. 536. — 20) Tenże. Bull. et. Mem. Soc. d. Chir. 1921 p. 1111. — 21) Tenże. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1921 p. 1150. — 22) Tenże. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1922 p. 189. — 23) Tenże. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1922 p. 784. — 24) Tenże. Lyon Chir. T. XVIII N. 1. — 25) Nabias. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1921 p. 1047. — 26) Platon-Martel. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1921 p. 433. — 27) Proust, Lhermitte et Nabias. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1921 p. 837. — 28) Ramond, Gernez et Petit. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1921 p. 608. — 29) Regard-Martel. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1922 p. 619. — 30) Terracol. Bull. et Mem. Soc. d. Chir. 1922 p. 618. — 31) Tinel. Revue neurol. 1917 p. 243. — 32) Tournay. Comptes rendus de l'Académie de Sciences 1921 p. 939. — 33) Veillet-Mauclaire. Bull. et Mém. Soc. d. Chir. 1921 p. 990. — 34) Villard. Thèse de Lyon 1920. — 35) Voncken et Guimy. Bull. et Mém. Soc. d. Chir. 1921 p. 689.

Dr. M. RABINOWICZÓWNA. Łódź.

Thrombopenia essentialis. Splenectomia. Sanatio symptomatica.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpit. fundacji Poznańskich w Łodzi. (Ordynator Dr. Seweryn Sterling).

Dnia 13 kwietnia z. r. przyjęto do szpitala chorą J. S. lat 16 Rodzice i rodzeństwo zdrowe, dziedzicznie nie obarczona. W dzieciństwie przechodziła odrę. Mając lat 5 zaczęła chorować: wystąpiła skłonność do krwotoków. Od tego czasu często miewała krwotoki z nosa, trwające po dwa dni bez przerwy, i uporczywe krwawienia z dziąseł; po nieznacznem uderzeniu powstawały wybitne sińce i liczne wybroczyny. W ciągu ostatniego roku czuła się zdrową. Obecnie po raz pierwszy dostała miesiączki, która trwa w chwili wstąpienia do szpitala już dzień trzynasty; krwotok jest bardzo obfity, odchodzą wielkie skrzepy krwi.

Stan przedmiotowy: chora jest dobrze zbudowana i odżywiona, skóra szaro-żółto-blada, znaczna ilość drobnych wybroczyn, śluzówki są bardzo blade. Nad końcem serca i nad żyłą jarzmową stwierdza się szmer skurczowy, miękki, o nasileniu zmiennem; tętno 110 na minutę, miarowe, drobne, łatwo uciskalne. Ciśnienie krwi: Mx 110 Hg, Min. 60.

Wątroba i śledziona są nie powiększone. Mocz bez zmian chorobowych.

Badanie krwi i układu krwiotwórczego (Dr. M. Kocen) wykazało: ciałek czerwonych 3,400.000, hemoglobiny (Sahli) 45%, wskaźnik barwny 0,7. Ciałek białych 9.500, mianowicie: obojętnochłonnych 53%, małych i dużych limfocytów 37%, kwasochłonnych 3%, przejściowych i monocytów 7%, płytek Bizzozero (trombocytów) obliczonych sposobem Thomsena w 1 mm^3 85.000. Czas krzepnięcia 10', czas krwawienia z ukłutego palca (metoda Duke'a) 5'. Próba nakłucia (Kocha) wypada dodatnio. Oddzielanie skrzepu (retractibilité du caillot) opóźnione. Objaw opaskowy (objaw śródbłonkowy Stefana, objaw Rumpel-Leede) wypada bardzo wybitnie, po 5 minutach znaczna ilość drobnych wybroczyn na całem przedramieniu. Oporność przemytych krwinek na hipotoniczne rozczyny soli kuchennej jest wybitnie wzmożona: M_1 — 0,3%, M_2 — 0,24%; M_3 — 0,16% NaCl. (Metodyka tych badań p. Z. Szczepański, Podręcznik badań itd. 1923). Opadanie krwinek w cytryniamie sodu (metodą Starlingera i Frischa) całkowite — 126 minut.

Po dwu dniach, po dożylnem zastosowaniu 10% soli kuchennej 20,0 i euphylliny 0,2 w 10,0 rozczynu fizjologicznego, trwa obfite krwawienie maciczne bez zmiany. W dniu 16. kwietnia jest chora bardzo wykrwawiona, tętno drobniutkie, wymiotuje, miewa zawroty głowy. Czas krwawienia 18 m. Liczba trombocytów 36,000 W preparacie liczne mikro i makrocyty, poikilocyty, pojedyńcze normoblasty. Wybitna polichromazja krwinek czerwonych. Ze względu na stan bardzo groźny chorej w dniu 16 kwietnia doradzono wycięcie śledziony, na której wykonanie w dniu następnym rodzina się zgodziła. Jednak już tego samego wieczoru ojciec chorej zaalarmował lekarzy prośbą natychmiastowego wykonania zabiegu, ponieważ stan chorej co godzinę staje się widocznie gorszy. Wobec tego wykonano (Dr. A. Goldman) u chorej w nocy z dnia 17 na 18 kwietnia wycięcie śledziony. Śledzona rozmiarów prawidłowych (13—7—3 cm); makroskopowo i mikroskopowo (Dr. Mieleszko) nie przedstawiała zboczeń od normy. Już w przebiegu operacji, natychmiast po podwiązaniu naczyń śledziony, rana operacyjna prawie przestała krwawić, a w godzinę po zabiegu ustało też zupełne krwawienie maciczne, trwające bez przerwy od dni szesnastu. Dnia następnego po operacji samopoczucie chorej dobre. Badanie krwi: ilość trombocytów 108.000 (metoda Thomsena). Czas krwawienia 2,5'. Objaw opaskowy ujemny. We krwi liczne myeloblasty i metamyeloblasty. Po dwu dniach następuje przełom trombocytowy (Franck): we krwi znajduje się trombocytów 552.000; ilość ta po 5 dniach opadła do 133.000. Współczesny obraz krwi: hemoglobiny (Sahli) 22%, krwinek czerwonych w 1 mm^3 1,800.000, białych 8000, mianowicie: obojętnochłonnych 70%, kwasochłonnych 4%, zasadochłonnych 0,5%, dużych i małych limfocytów — 18,5%, monocytów i postaci przejściowych — 7%, nieliczne normoblasty, dość znaczna polichromazja; oddzielanie skrzepu dobre. Czas krwawienia 2,5'. Czas krzepliwości 7'. Opadanie krwinek w cytryniamie sodu 42 m. Oporność przemytych krwinek na hipotoniczne rozczyny soli kuchennej wzmożona. H_1 — 0,36%, H_2 — 0,28%, H_3 — 0,24% NaCl.

Dnia 17 maja, w miesiąc po operacji, samopoczucie bardzo dobre, policzki różowe, śluzówki blado różowe. Badanie krwi: hemoglobiny (Sahli) — 37%, krwinek czerwonych w 1 mm^3 — 2,400.000, wskaźnik barwikowy — 0,7; krwinek białych — 6.600, mianowicie: obojętnochłonnych 52%, kwasochłonnych 1%, zasadochłonnych 0, małych i dużych limfocytów 40%, monocytów i postaci przejściowych 7%, pojedyńcze normoblasty w preparacie; ilość trombocytów w 1 mm^3 (sposobem Thomsena) 112.000 Czas krwawienia 2$^1/_2$', czas krzepliwości 12', opadanie czerwonych ciałek w cytryniamie sodu—300 minut, objaw opaskowy ujemny. Dnia 20 maja chorą jedno z rodzeństwa uderzyło tak mocno w nos, że pociekła krew; krawienie ustało po paru minutach.

Przypadek opisany zaliczyć należy do ogólnej grupy chorobowej — do skaz krwiotocznych, którą podług nowoczesnych poglądów w tej dziedzinie i klasyfikacji Morawitza, Francka, Minkowskiego, Glazmana, można podzielić na trzy duże grupy. Grupa pierwsza obejmuje choroby spowodowane przez zmiany w naczyniach: bądź pod wpływem czynników anafilaktyzujących (purpura anafilactoides; purpura Henoch-Schoenlein; purpura simplex abdominalis Henoch), bądź pod wpływem czynników toksycznych (peliosis rheumatica; purpura malarica, luetica), bądź też jako skutek awitaminozy (gnilec). Grupa druga obejmuje choroby powodowane przez zmiany w składzie samej krwi: haemophilia, kiedy obok wywiadu (dziedziczność), sprawdzamy klinicznie jedynie czas krzepnięcia przedłużony — przy braku innych objawów ze strony krwi. Grupa trzecia obejmuje choroby zależne od zmian jednoczesnych we krwi (wybitnie zmniejszona ilość trombocytów) i w naczyniach (dodatni objaw opaskowy); została ona wyodrębniona przez Francka pod nazwą krwawiączki rzekomej (*pseudo-haemophilia*) lub *thrombopenia essentialis. Thrombopenia essentialis* może trwać, nawracając, przez dłuższy okres czasu *(forme intermittente)*, może przebiegać błyskawicznie (*forme foudroyante*).

Przypadek opisany można na zasadzie objawów spostrzeganych: długotrwała skłonność do upartych krwotoków, dodatni objaw opaskowy, dodatni objaw Kocha i wyniki badania krwi — przedłużony czas krwawienia (5' a potem 18'), opóźnienie wyciskania skrzepu i znacznie zmniejszona ilość trombocytów (norma: 250,000—300 000) — zaliczyć do grupy ostatniej : *thrombopenia essentialis*.

Dwie teorje starają się wytłumaczyć zubożenie krwi w płytki Bizzozero (które podług Wrigtha, stanowią wypustki megakarjocytów—komórek olbrzymich szpiku kostnego). Jedna upatruje przyczynę trombopenji w nadczynności układu śródbłonkowo-siateczkowego i masowem zniszczeniu trombocytów w śledzionie (*purpura thrombolytica* Kaznelsona); druga teorja (Franka) przypisuje śledzionie wpływ hamujący na krwiotwórczą działalność szpiku kostnego (zmniejsza się ilość megakarjocytów).

Żadna z tych dwu teoryj nie została całkowicie udowodniona, ale w myśl obu jest wskazane usunięcie śledziony. Usunięcie śledziony przywraca zakłóconą korrelację między narządami krwiotwórczemi, aczkolwiek ilość trombocytów po przełomie wkrótce znów wraca do wysokości przedoperacyjnej, krwawienia całkowicie ustają, jak również objawy toksycznego wpływu na naczynia włoskowate — znika dodatni objaw opaskowy i dodatnia próba ukłucia. Przypadków śmierci z powodu operacji przy tem cierpieniu dotąd nie spostrzegano. W szeregu ciężkich przypadków opisywanej postaci chorobowej wycięcie śledziony bywa zabiegiem ratującym życie — jak też było w przypadku opisanym. W roku 1921 opisał Dr. S. Sterling w »Przeglądzie lekarskim« dwa przypadki *thrombopeniae essentialis*, w których nastąpiło zejście śmiertelne z powodu braku zgody na operację. Przy braku objawów ciężkich, względnie aż do chwili ich wystąpienia, leczenie objawowe polega na: stosowaniu przelewania krwi, wstrzykiwaniach 1% NaCl albo CaCl dożylnie po parę razy dziennie, wstrzykiwaniach koagulenu (przetwór z płytek, Kocher-Fonio), claudenu (przetwór z płuc), leczeniu proteinoterapją (opisywano przypadek poprawy po zastrzykiwaniach aolanu). Franck poleca również naświetlania kości płaskich (szpiku kostnego) i śledziony.

Znajomość tej postaci chorobowej ważna jest szczególnie dla lekarzy chorób kobiecych; nie jedno krwawienie z powodu rzekomej metropatji zależy od zmian krwi wyżej opisanych. (P. Semerau Siemianowski, Pol. Gazeta Lekarska 1923. Nr. 11).

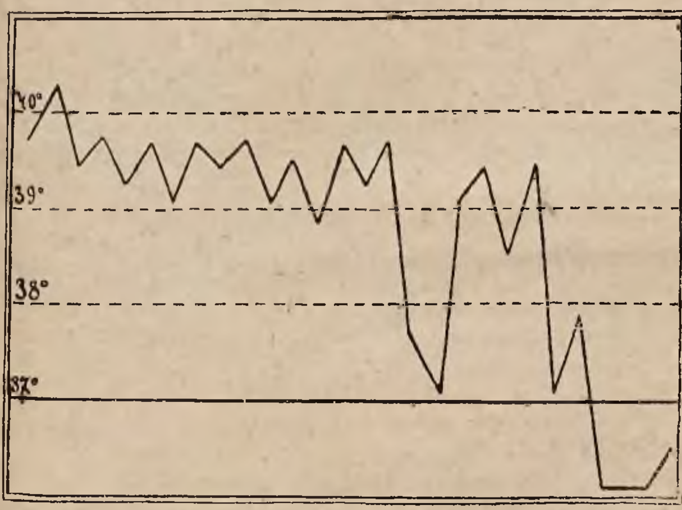
Dr. Władysław FUCHS. Chełm.

Do artykułu Dr. Anieli Apatow „O jednoczesnem zakażeniu durem osutkowym i gorączką powrotną". P. G. L. Nr. 16. 1923.

Podczas akcji likwidacyjnej armji Bredowa w roku 1920 we wschodniej Małopolsce miałem sposobność spostrzegania

wśród 200 przeszło chorych na dur osutkowy lub na dur powrotny także 16 chorych, przechodzących obie choroby równocześnie lub w krótkim bardzo odstępie po sobie. Z powodu likwidacji ówczesnego szpitala zakaźnego wojskowego w Kopyczyńcach nie rozporządzam dziś zapiskami z owych czasów; na ogół spostrzeżenia nasze kryły się z uwagami autorki artykułu w tytule wspomnianego, zwłaszcza co do wniosków, podanych w artykule tym pod liczbami 1, 2 i 5. Ad 3 — ciężki przebieg przy równoczesnem zakażeniu, lekki przy mijaniu się początków obu chorób — doświadczenie nasze nie jest zgodne z zapatrywaniem autorki; odnieśliśmy wrażenie, że obie choroby wprost przeciwdziałają sobie i wzajemnie się osłabiają. Ze 16 spostrzeganych chorych jedynie jeden mężczyzna i jedna kobieta, zresztą bardzo wycieńczona, przechodzili choroby ciężej i wymagali intenzywniejszej pomocy lekarskiej; wszyscy inni przenieśli je nadzwyczaj lekko, lżej nawet, niż inni, chorzy jedynie na dur osutkowy, u których wskutek wycieńczenia i przejść ciężkich przebieg choroby nie należał do lekkich.

Również niezgodne są spostrzeżenia nasze co do punktu 4. wniosków autorki — o ograniczeniu się przebiegu gorączki powrotnej w wypadkach tych do jednego napadu; w 3 czy 4 ze wspomnianych przypadków po pierwszym napadzie gorączki powrotnej rozpoczynał się dur osutkowy o charakterystycznej krzywej ciepłoty a dość lekkim przebiegu, by po



zniknięciu wszelkich objawów duru osutkowego w okresie ozdrowienia wykazać jeden lub dwa ataki gorączki powrotnej.

Wszystkie powyższe przypadki były stwierdzane tak odczynem Weil-Felixa, jak również badaniem drobnowidzowem krwi. Możliwe jest, że różnica między spostrzeżeniami autorki a naszemi spowodowana jest innym charakterem ówczesnej epidemji. Przemawiałby zatem fakt, że 5 przypadków spostrzeganych podczas epidemji 1921. roku przedstawia się tak, jak to autorka postrzegała w swoich 8 przypadkach. W jednym jedynie przypadku z roku 1921., którego krzywą ciepłoty podaję, wystąpił po przebyciu 2. ataku gorączki powrotnej w czasie trwania duru osutkowego jeszcze 3. atak w 24 godzin po kryzie duru osutkowego.

Do ogłoszenia powyższych przypadków skłania mię ta okoliczność, że w literaturze spotkać się można czasami z mniemaniem, że wystąpienie duru osutkowego u chorego na dur powrotny wstrzyma dalsze ataki gorączki powrotnej. W rzeczywistości tak jednak nie jest, a w każdym razie niezawsze.

Dalej w piśmiennictwie mało się czyta o równoczesnem przebywaniu obu chorób; a jednak nie jest to rzadkością, gdyż n. p. 21 przypadków przezemnie obserwowanych stanowi około 2% ogółu przezemnie spostrzeganych durów osutkowych; a z pewnością w czasie nawały wojennej chorych, zwłaszcza przy likwidacji armji Bredowa, niejeden przypadek uszedł uwagi lekarskiej.

Dr. med. Wł. FILIŃSKI, st. asystent kliniki. Warszawa.

Dalsze badania nad leukopenją trawienną[1]).

Z°I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszaw. (Dyrektor prof. Dr. A. Gluziński).

W poprzedniej mojej pracy nad leukopenją trawienną 1) wykazałem, że zjawia się ona nietylko po spożyciu pokarmów białkowych, ale również i po wprowadzeniu węglowodanów, wyskoku, a nawet wody lodowej. Współczesne badania innych autorów potwierdzają te spostrzeżenia. Kisch 2) wywoływał leukopenję, podając choremu 300 ccm. wody słodzonej lub 500 ccm. zwyczajnej. Sömjen 3) otrzymał to samo po podaniu tłuszczów, a nawet po mięsieniu wątroby. Berliner 4) znajdował leukopenję po zastosowaniu diatermji na okolicę wątroby w tych przypadkach, w których występowała ona i po spożyciu 200 ccm, mleka. Jeżeli jednak u ludzi dorosłych tylko w pewnej liczbie przypadków można spostrzegać leukopenję trawienną, to u osesków występuje ona prawie bez wyjątku, co wykazały badania Schiff'a i Stransky'ego 5) i co potwierdzają również inni autorowie (Auricchio, Dorlencourt). Wreszcie Stransky i Langer 6) znaleźli, że u dorosłych zdrowych psów po spożyciu rozmaitych pokarmów również następuje leukopenja, jako prawidło.

Spostrzeżenia powyższe są dostatecznym dowodem tego, że leukopenja trawienna nie stoi w związku z przepuszczalnością wątroby dla ciał białkowych lub ich pochodnych, jak to mniemał Widal i inni (Wolf 7), i że występuje ona również tam, gdzie o schorzeniu wątroby niema mowy (Eisenstädt 8). Na podstawie moich własnych badań wypowiedziałem już poprzednio zdanie, że jest ona wyrazem zaburzenia równowagi w układzie nerwowym wegetacyjnym, a mianowicie t. zw. wagotonji. Częstość, z jaką spotyka się leukopenję trawienną u osób chorych na wątrobę, tłumaczyłem zatrzymaniem w ustroju kwasów żółciowych względnie ich soli, co wywoływać może stałe podrażnienie nn. błędnych. Potwierdzenie tego zapatrywania znalazłem, wywołując leukopenję trawienną u zdrowych ludzi, u których poprzednio ona nie występowała, po podaniu 3,0—5.0 gr. zgęszczonej żółci. To samo otrzymał Glaser 9) i 10), który w ten sam sposób tłómaczy powstawanie leukopenji trawiennej, nazywając ją brzusznym odruchem nerwu błędnego. Dalszego potwierdzenia wypowiedzianego przypuszczenia szukałem wtedy w sztucznem wywołaniu leukopenji trawiennej po zadziałaniu na układ wegetacyjny środkami farmakologicznemi. Tutaj jednak wyniki otrzymane przezemnie różnią się zasadniczo od wyników Glasera, który otrzymywał leukopenję trawienną po pilokarpinie, a usuwał to zjawisko przez atropinę lub adrenalinę, z których pierwsza miała w tych przypadkach osłabiać napięcie nn. błędnych, a druga podrażniać sympatyczne.

Moje badania z pilokarpiną tylko w dwuch przypadkach na dziesięć wykonanych wykazały leukopenję z 9560 na 7000 i z 8900 na 7500. W pozostałych otrzymałem bądź leukocytozę bądź nieznaczne wahania w granicach błędu. Trzeba jednak powiedzieć, że pilokarpina sama przez się wywołuje wahania w ogólnej liczbie ciałek białych krwi i w ich ustosunkowaniu procentowem (Wollenberg 11). Badania Platza 12) wskazują, że liczba ciałek białych po pilokarpinie w jednych przypadkach zwiększa się, a w drugich zmniejsza. Wobec tego widzimy, że nie nadaje się ona do naszych doświadczeń, tembardziej, że według Platz'a pilokarpina wywołuje przyśpieszenie tętna, a zatem działa raczej porażająco niż pobudzająco na układ autonomiczny serca. Natomiast atropina, jak to już w poprzedniej pracy wykazałem, powoduje w małych dawkach (0,001 atrop. sulf. podskórnie) leukopenję trawienną, wytwarzając stan wagotonji przewodu pokarmowego. Możliwość tego będzie dla nas jasna, jeżeli zwrócić uwagę na to, że według badań Platz'a 13) małe

[1]) Dla uniknięcia nieporozumień uważam za konieczne podać technikę liczenia ciałek białych, jaka jedynie może dawać ścisłe wyniki i pozwala robić wnioski o leukopenji trawiennej. Otóż niezbędne jest posługiwanie się kamerą Bürckera i obliczanie ciałek białych na powierzchni, obejmującej przynajmniej 8 do 10 milimetrów kwadratowych.

dawki atropiny zwalniają tętno przez pobudzenie nn. błędnych, co zresztą było znane już i dawniejszym autorom (Hoffmann 14). Z drugiej zaś strony atropina przeważnie nie wywiera wpływu na ogólną liczbę białych ciałek i na obraz krwi (Wollenberg).

Obecnie w dalszych moich badaniach zajmowałem się myślą, że jeżeli pobudzenie nn. błędnych powoduje leukopenję, to podrażnienie układu współczulnego powinno by ją usunąć. Nie można jednak do tego celu użyć adrenaliny, jak to zrobił Glaser, gdyż ona sama wywołuje tak silną leukocytozę, że gdyby nawet odczyn trawienny ciałek białych szedł w stronę zmniejszenia, to byłby przez nią zamaskowany. Wybrałem więc do tego celu tyreoidynę. Sposób podania i ilość jej potrzebna do usunięcia leukopenji trawiennej zależą od stopnia zaburzenia równowagi układu nerwowego wegetacyjnego. W jednych przypadkach wystarcza jednorazowe podanie 1—2 tabletek tyreoidyny po 0.3 gr. na 3 godziny przed wykonaniem próby, w innych zaś trzeba kilka dni z rzędu podawać tyreoidynę trzy razy dziennie, aby to samo osiągnąć. Poniżej podaję wyniki kilku takich doświadczeń z odczynem ciałek białych przed i po tyreoidynie.

	Liczba ciałek białych przed tyreoidyną. naczczo	po mleku	Liczba ciałek białych po tyreoidynie. naczczo	po mleku
1.	6200 —	4650	5800 —	6050
2.	8700 —	5000	7240 —	7000
3.	8900 —	6050	8100 —	8725
4.	5400 —	3800	6500 —	7025
5.	11025 —	8325	9450 —	10600
6.	6725 —	5500	7200 —	6950
7.	6675 —	5550	8320 —	8470

Widzimy zatem, że odczyn trawienny ciałek białych po tyreoidynie zmienił się i leukopenja wszędzie ustąpiła.

Oprócz wszystkich wymienionych doświadczeń i czysto kliniczne spostrzeżenia przemawiają również za nerwowem pochodzeniem leukopenji trawiennej. Więc przedewszystkiem czas trwania leukopenji jest różny i zdaje się zależeć od stopnia zaburzenia równowagi układu nerwowego wegetacyjnego. Nieraz znaczniejsza leukopenja występuje dopiero po kilku godzinach od czasu spożycia pokarmu, co ilustruje następujący przykład:

Naczczo liczba ciałek białych	8750
po 40' od czasu wypicia mleka	7125
» 80' » » » »	6925
» 120' » » » »	5270
» 180' » » » »	5475
» 240' » » » »	6850
» 300' » » » »	7800

Zauważyłem dalej, że leukopenja trawienna jest objawem uzależnionym od ogólnych wpływów na układ nerwowy. Znika ona, np. podczas napadów bólów u tych osobników, u których była stwierdzana poprzednio. Można to spostrzegać u chorych żółtaczkowych z kamicą żółciową. Odczyny trawienne ciałek białych u tych chorych podaję poniżej.

	Liczba ciałek białych w okresie napadów naczczo	po mleku	Liczba ciałek białych w okresie wolnym naczczo	po mleku
I.	5000 —	5200	5400 —	4100
II.	5775 —	7275	5200 —	3850
III.	9850 —	9400	8900 —	7425
IV.	6225 —	6100	6500 —	5550
V.	8000 —	7900	6800 —	4950

Dalej zaznaczyć należy, że leukopenja trawienna stoi dość często w ścisłym związku z zachowaniem się tętna, które do pewnego stopnia mówi o wago- lub sympatykotonji człowieka. Zazwyczaj u chorych z żółtaczką leukopenji trawiennej spodziewać się należy wtedy, kiedy mamy zwolnienie tętna. W dwóch nawet przypadkach, w których podczas żółtaczki zmieniło się znacznie tempo tętna, miałem możność widzieć i zmianę odczynu trawiennego ciałek białych krwi. Dla objaśnienia przytaczam zmiany odczynu trawiennego u tych chorych. I. Żółtaczka po salwarsanie; tętno 96, odczyn ciałek białych krwi po wypiciu mleka z 5200 na 6420; po 2 tygodniach żółtaczka bez zmiany, tętno 72, odczyn trawienny ciałek białych z 7200 na 5800. II. Icterus catarhalis: tętno 84, odczyn trawienny ciałek białych z 5230 na 6000; po 8 dniach, żółtaczka bez zmiany, tętno 66, odczyn trawienny ciałek białych z 5800 na 4900. Zauważyłem również, że znikanie leukopenji trawiennej pod wpływem tyreoidyny idzie niekiedy w parze z przyśpieszeniem tętna.

Ta zależność pomiędzy leukopenją trawienną, a zachowaniem się tętna nie jest jednak prawidłem. Jako wybitny przykład braku tego stosunku może być przypadek ulcus ventriculi, w którym tętno stale wynosiło 100—120 na minutę, a odczyn trawienny przedstawiał spadek ogólnej liczby ciałek białych z 8625 na 6025. Przykład ten stoi jednak w zgodzie z pojęciem t. zw. amfotonji, przy której, według Danielopolu i Carniol'a 15), w jednym narządzie mają przewagę nn. błędne, a w innym sympatyczne. Może to nam tłómaczyć, że wagotonja przewodu pokarmowego może iść w parze z sympatykotonją układu krwionośnego. Bywa też odosobniona wzmożona pobudliwość jednego z odcinków n. vagi (Mosler i Werlich 16).

Wszystkie powyższe doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne utwierdzają nas w tem zapatrywaniu, że leukopenja trawienna może być próbą dla wykazania wagotonji — czy to ogólnej czy miejscowej — przewodu pokarmowego, ale nie może być zawisłą od funkcji wątroby.

Na zakończenie warto przytoczyć jeszcze zapatrywanie Tinela i Santenoise'a 17), którzy, jakkolwiek, podobnie jak Widal, uważają leukopenję trawienną za objaw wstrząsu anafilaktycznego, to przecież stawiają ją w związku ze stanem hyperwagotonji.

Piśmiennictwo.

1. Filiński W. P. G. lek., 1922. N. 40. — 2. Kisch Fr. D. med. Woch. 1921. str. 1389. — 3. Sömjen przyt. według Stranskyego i Langer'a. — 4. Berliner M. Med. Klinik 1922. — 5. Schiff i Stransky przyt. według Stranskyego i Langer'a. — 6. Stransky i Langer. Klin. Woch. 1922. N. 51. — 7. Wolf J. ref. Presse médicale 1922. N. 78. — 8. E. Eisenstädt H. Klin. Woch. 1922. N. 36. — 9. Glaser F. ref. Presse méd. 1922. N. 87. — 10. Glaser F. ref. Presse méd. 1922. N. 74. — 11. Wollenberg H. Zeitschr. f. klin. Med. 1921. T. 92. str. 249. — 12. Platz O. Klin. Woch. 1922. N. 40. — 13. Platz O. Zeitschr. f. d. ges. exper. Med. 1922. T. 28. str. 81. — 14. Hoffmann R. Wien. klin. Woch. 1922. N. 1. — 15. Danielopolu D. i Carniol A. Presse méd. 1922. N. 62. — 16. Mosler i Werlich G. Zeitschr. f. klin. Med. 1921. T. 91. str. 190. — 17. Tinel i Santenoise. Presse méd. 1922. N. 30.

Fejleton.

Fr. GIEDROYĆ. Warszawa.

Kolega kat i jego apteczka.

Nazwa powyższa może zadziwić, a nawet urazi czytelników lekarzy. Tuszymy jednak, że usprawiedliwi ją opowiadanie niniejsze.

* * *

Pono już Stańczyk dowiódł, że najwięcej na świecie mamy lekarzy. Wyszedłszy na rynek miejski z podwiązaną umyślnie twarzą, jako powszechnie znany i lubiany, wnet otrzymał od spotkanych znajomych mnóstwo wskazówek, jak zaradzić udanemu cierpieniu.

Nie miał tedy na myśli nasz błazen-filozof ani tych, którzy nabyli wiedzy i doświadczenia z uczonych ksiąg i u łoża chorego, ani też tych, którzy, przejrzawszy kilka podręczników, albo wcale do nich nie zaglądając jako nieumiejący czytać, porzucili swoje zajęcia lub rzemiosła i ogłaszają się za lekarzy, bo szalbierstwo zapewnia im byt dostatniejszy i pracę nieuciążliwą. Tacy nie doznają żadnych wątpliwości w rozpoznawaniu choroby, na każdą dolegliwość mają w zanadrzu środek niezawodny. Jedni z nich piszą kartki do aptek, drudzy — a tych większość — dają własne swoje *arcana*, trzymając skład ich w tajemnicy. Wężowe mózgi, krecie łajna i bocianie sadła, obok licznych rodzajów ziół, bywały głównemi częściami składowemi owych leków; dziś postęp pogardza tak niewinnemi środkami, więc bierze się arszenik, sublimat w gorzałce i t. p.

Czyż mało dziś takich znachorów, owczarzów, cudownych lekarzy?

Niema chyba zawodu, w którymby istniało tylu szarlatanów, tylu samozwańczych specjalistów, ilu ich bywało i jest w medycynie.

Za doktorów się ludzi udaje nie miara:
Ksiądz, mnich prostak, żyd, kuglarz, balwierz, baba stara.
W tenże poczet mniemanych lekarzów się miesza
Żołnierz, kupiec i partacz i chłop od lemiesza [1]).

Tak się działo dawniej, tak dzieje się i dzisiaj, zarówno w Polsce, jak i gdzieindziej.

Owóż do grona tych »przeszkodników«, jak dawniej brać cechowa nazywała »fuszerów« czyli rzemieślników niecechowych, w zawodzie lekarskim należał kat, ku srogiemu oburzeniu doktorów medycyny i chirurgów.

Całkiem niesłusznie. Kat bowiem mógłby przytoczyć w obronie swojej dowody historyczne, prawne, a nawet dowody fachowego przygotowania.

Postaramy się go wyręczyć. Rzućmy przedewszystkiem okiem na przemiany, którym ulegało stanowisko kata w społeczeństwie.

* * *

Nowoczesne prawodawstwo karne nie wywiera zemsty na złoczyńcy, tylko odejmuje mu możność szkodzenia bliźniemu przez usunięcie go ze społeczeństwa na czas jakiś (więzienie), lub na zawsze (kara śmierci). Karząc, ma nadto prawo na względzie przypomnienie skazańcowi jego obowiązków rodzinnych i społecznych i ułatwienie mu poprawy. Złoczyńca, wyrządzający komuś krzywdę, jest winowajcą nietylko wobec pokrzywdzonego, ale również wobec prawa. Jeżeli pokrzywdzony odpuści nawet złoczyńcy winę, to nie uczyni tego władza sądowa, będzie ścigała winnego w obronie znieważonego prawa.

Wręcz przeciwne zapatrywania panowały dawniej.

Krzywda powinna być pomszczona. »Oko za oko, ząb za ząb« — oto zasada ogólna, która, niestety, do dziś dnia nie ustąpiła jeszcze drugiej, Chrystusowej: »Odpuść nam nasze winy, jako i my odpuszczamy naszym winowajcom«! Zemsta dosięga nie tylko człowieka, lecz również bydlę i rzecz martwą. Kserkses biczował morze, ćwiczył bożków za zniszczenie okrętów przez burzę, dziki papuas dotychczas bije miejsce, gdzie upadł, lub przedmiot, który spowodował upadek.

Nie była też kara niczem innem, tylko zemstą; *punire*, jak to widać z akt sądowych, jeszcze w wieku XV. oznaczało w Polsce m ę c z y ć, m ś c i ć s i ę, *impunitus* — n i e p o m s z c z o n y [2]).

Jedną z zasad prastarych związków rodowych stanowił obowiązek wspólnego dochodzenia krzywdy, wyrządzonej krewnym i powinowatym. Brakło władzy, którаby rozstrzygała sprawy pomiędzy członkami oddzielnych rodów, każdy więc pokrzywdzony sam się bronił i mścił, a jeśli mu sił nie starczyło, znajdował poparcie wszystkich »rodaków«. Lubo z czasem związki rodowe ustąpiły miejsca terytorjalnym i wyrobiła się władza sądowa, poczucie obowiązku zemsty rodowej długo trwało. W postępowaniu karnem dawnego prawodawstwa pozostały jeszcze ślady zemsty, gdyż strona pokrzywdzona brała udział, niekiedy bardzo znaczny, w wymiarze i w wykonaniu kary. Częstokroć prawo oddawało winowajcę na łaskę i niełaskę pokrzywdzonego (np. kochanka żony — mężowi). U Germanów wykonanie wyroku obowiązywało skarżyciela lub jego rodzinę, najbliższego krewnego, niekiedy najmłodszego z rajców miejskich, woźnego sądowego, jednego ze współwinnych, wreszcie kata.

B e n e k e [3]) wymienia kilku książąt niemieckich, którzy własnoręcznie wykonywali karę śmierci nad winowajcami. Zapisek z wieku XII. świadczy, że pewnego razu na Śląsku braciszkowie zakonni ścięli zbrodniarza (»per eosdem fratres decollabatur« [4]).

Rzecz oczywista, że w takich warunkach wykonanie wyroku nie przynosiło wykonawcy żadnej ujmy na czci, a więc i kat był pierwotnie urzędnikiem do spełniania pewnych czynności sądowych, był istotnie tylko »mistrzem sprawiedliwości«, cienia hańby na siebie nie ściągał i używał w pełni praw obywatelskich. Tak i dziś jeszcze żołnierz, przeszywający kulą skazanego na śmierć towarzysza, nie plami bynajmniej czci swojej.

Zapatrywanie takie znalazło wymowny wyraz w prawie zwyczajowem bartnem, spisanem w r. 1559 przez Krzysztofa N i s z c z y c k i e g o, starostę przasnyckiego [1]). Powiedziano tam: »Gdyby jaki złoczyńca na puszczy szkodę czyniący był pojman... i osądzony..., aby był obwieszon, a gdyby natenczas w ziemi albo w mieście nie było mistrza alias kata, sami bartnicy to mogą sprawić, aby zdrajcę i złoczyńcę zgubić, ale wprzód wszyscy bartnicy powinni się powroza ująć rękoma, na którym będzie złoczyńca wisiał, a potym z pośrzodka siebie obrać dwuch, żeby był zawieszon złoczyńca, co ci obrani do egzekucji nie mają się wymawiać i bronić, bo im to szkodzić nie może ani przed Panem Bogiem, ani też na sławie«.

Pogląd atoli taki z biegiem czasu uległ głębokiej zmianie. Pogarda, i to pogarda taka, jaka nie dotknęła chyba najhaniebniejszych czynów, spadła na osobę kata. Stało się to z dwu głównie powodów: objęcie przez kata czynności oprawcy i zaprowadzenie tortur.

Zadanie oprawcy (hycla, szelmy, rakarza) polegało pierwotnie na uprzątaniu padłych bydląt i zdejmowaniu z nich skóry. Z katem łączyło oprawcę to jedynie, że uprzątał on również zwłoki skazanych.

Kiedy wszakże rozpowszechniło się w Europie niemieckie, pełne okrucieństw postępowanie karne, kiedy wykonanie wyroku przeistoczyło się w szereg znęcań się nad skazanym, zaszła potrzeba licznych wykonawców tych krwawych zarządzeń sądowych. Popyt na katów wzrósł, chętnych zaś z pośród obywateli zbrakło. Zrodziła się potrzeba kata-zawodowca, nie zaś obywatela, przygodnie wykonywującego wyrok sprawiedliwości. Tak powstało rzemiosło katowskie, do którego przedewszystkiem rzucili się dotychczasowi oprawcy. Nowo przybywający wstępowali na praktykę do kata, byli jego pachołkami i pomocnikami (butle, butyry), a pod nieobecność mistrza często spełniali jego czynności.

Zawód oprawcy od samego zaczątku jego otaczała pogarda. Ludzie ci nosili na sobie piętno — *levis notae maculam*, — co nie dozwalało im, ani ich potomstwu zajmować stanowisk zaszczytnych. Pogarda stopniowo wzrastała i dosięgła szczytu w wieku XVI. i XVII. Sięgała tak daleko, że np. tonący był poczytywany za zhańbionego, jeżeli go z toni wyratował oprawca. Głównie przyczyniły się do tego poglądy ówczesnych zrzeszeń rzemieślniczych, w których oczach nieświadome nawet zetknięcie się towarzysza cechowego z oprawcą np. wypicie z nim szklanki piwa lub uczestniczenie w pogrzebie jego żony lub dziecka już pozbawiało czci rzemieślnika. W r. 1705 Jan Gorbaczyk w Kowlu był wyłączony z cechu, doniesiono bowiem, że zabił psa. Z trudem odzyskał cześć niesłusznie utraconą, dowiódłszy, że zabił psa przypadkiem, nie zaś jako płatny oprawca [2]). Jeszcze w końcu w. XVIII. zdarzyło się w jednem z miast niemieckich, że oficer zasiadł przy kieliszku z pachołkiem katowskim, nie wiedząc, z kim ma do czynienia. Przestrzeżony przez właściciela gospody, tuż na miejscu położył trupem zuchwalca, który śmiał zamilczeć o swojem rzemiośle i przez to naraził na szwank honor uczciwego człowieka i oficera [3]).

Pogarda, jak łatwo pojąć, z oprawcy przeszła na kata, a z niego na sam fach.

Idąc za głosem ogółu, samo prawo upośledziło swego sługę, zakazywało katowi mieszkać w obrębie murów miejskich, przepisywało mu strój wyróżniający [4]), aby ustrzedz

---

[1]) Józefa Minasowicza »Zbiór rytmów«. Warszawa, 1775.

[2]) J. K. Kochanowski. Przyczynki do dziejów rozwoju pojęć moralnych na tle zabytków języka polskiego. Szkice i drobiazgi historyczne.

[3]) Dr. Otto Beneke. Von unehrlichen Leuten. Berlin, 1889.

[4]) Marceli H a n d e l s m a n. Kara w najdawniejszem prawie polskiem. Warszawa, 1907.

---

[1]) Bibljoteka starożytna pisarzy polskich. Warszawa, 1854. t. IV., s. 246.

[2]) Archiw Jugozapadnoj Rusi. Część V., t. I., LXXXVIII.

[3]) Eberhard Buchner. Das Neueste von gestern. München, t. III., str. 352, N. 633. z Vossische Zeitung, 1784, N. 124.

[4]) I odwrotnie, chcąc zohydzić jakąś modę w ubraniu, uznaną za niewłaściwą, polecano katowi zastosować się do niej. Tak np. uczyniono w Medjolanie w r. 1799; dzienniki ówczesne opisały strój kata i jego małżonki, z którą przechadzał się po ulicach miasta. — E. Buchner l. c., t. V., st. 396, N. 759. z Vossische Zeitung, 1799, N. 95.

obywateli od zetknięcia się z nim, odmawiało mu chrześcijańskiego pogrzebu i równego z innymi miejsca w kościele i rozciągało ograniczenia takie nawet na jego potomstwo.

Cóż miał począć dziedzic piętna ojcowskiego — syn kata? Mając przed sobą zawarte drzwi do innych rzemiosł, szedł zwykle śladem ojca i imał się acz pogardzanego, ale często zyskownego fachu.

W Polsce urząd kata pojawia się dopiero współcześnie z zaprowadzeniem po miastach prawa niemieckiego, najwcześniej w Krakowie. Tadeusz Czacki w końcu w. XVIII. pisze [1], że: »Miejsce najsławniejsze nauką katów było Biecz na Podgórzu. Gdy w tych okolicach były najczęstsze egzekucje, wprawa była łatwa, a tak uczniе w tem obrzydłem rzemiośle najprędzej tam wyzwalać się mogli«. Na tych słowach K. Wł. W(ójcicki) oparł twierdzenie [2], że w Polsce istniał cech katowski. Podobnież Obst utrzymuje [3], że kat należał do cechu i musiał przed wyzwoleniem wykonać »majstersztyk«: ściąć głowę podług wszelkich prawideł sztuki. Niezawodnie kandydaci na kata składali rodzaj egzaminu; urząd miejski nie dałby przecie tej posady byle hyclowi, zwłaszcza, że za nieumiejętne wykonanie powierzonej czynności nakładał na kata kary. Natomiast istnienie cechu katowskiego wydaje się wątpliwem, a co najmniej niedowiedzionem. Cech tworzyli rzemieślnicy, zgromadzeni w jednem miejscu, mieli swoje ustawy i przywileje, kaci zaś przebywali pojedyńczo tylko po większych miastach i niewielu wogóle ich było. Gdyby istotnie tworzyli cech, dla całego kraju wspólny, stanowiłoby to osobliwy, nieprawdopodobny wyjątek.

Że katów istotnie brakło, dowodzi ich wypożyczanie. Obst przytacza przykłady wzywania katów z Lidy i Kowna do wykonywania wyroków w Wilnie. Kilkakrotnie też Wilno wynajmowało katów z Niemiec. Posiadacze katów w obawie, aby miasto wypożyczające nie przekupiło ich i nie skłoniło do pozostania w niem na stałe, wymagali poręki. W r. 1703 magistrat Kamieńca Podolskiego, wypożyczając kata do miasta Czortkowa, oprócz zobowiązania na piśmie, zatrzymał u siebie do chwili powrotu mistrza, jako zakładników, Aleksandra Złotnickiego, burmistrza i Antoniego, ławnika z Czortkowa. W r. 1707 tenże Kamieniec, posyłając kata do Baworowa, poprzestał na cyrografie [4].

Brakowi katów w Rosji zaradzano w ten sposób, że skazanych na karę cielesną i wygnanie uwalniano od kary, byleby się podjęli czynności katowskich. Ale nawet zbrodniarze nie zawsze korzystali z tej łaski i przychodziło uciekać się do przymusu. Co prawda, w Rosji potrzebowano więcej katów niż gdzieindziej skutkiem częstego wymierzania kary chłosty i piętnowania winowajców. Jakoż w r. 1681 rozkazano, aby każde miasto miało własnego kata, w r. 1742 wyznaczono po dwu katów dla miast gubernjalnych i po jednym dla powiatowych, wreszcie w r. 1833 — po trzech katów dla Petersburga i Moskwy [5].

* * *

Władze starały się wpływać na zmianę zachowania się społeczeństwa wobec kata. Zapewne czyniły to na razie gwoli zachęcenia do rzemiosla nieodzownego podówczas dla sądów, później może z poczucia niesprawiedliwości, która się działa ludziom, oddającym się dla zarobku nawet na poniewierkę. Starano się wyróżnić kata, żądając, aby osobiście spełniał tylko czynności główne, jak ścięcie mieczem, podpalenie stosu, ucięcie członka jakiego, założenie stryczka na szyję, gdy inne czynności: torturowanie, ćwiertowanie, policzkowanie i t. d. obowiązywały pachołków kata, oczywiście pod jego nadzorem i kierunkiem. Niewiele to pomogło, więc rządy, w imię zasady, że żadna, byle uczciwie spełniana, praca nie hańbi, wydawały umyślne prawa w obronie katów. Ale i wtedy jeszcze działano nader oględnie. Prawo pruskie z r. 1731, wymieniając potomstwo ludzi, oddających się zawodom hańbiącym, przemilczało o dzieciach kata, uczyniło atoli ustępstwo powszechnemu wstrętowi i z dzieci hyclów piętna nie zdjęło. Wszelako jeszcze w r. 1766 Jan Michał Hoffmann, doktor medycyny i chirurgji, aczkolwiek uzyskał od rady miejskiej we Frankfurcie nad Menem prawo obywatelstwa, nie był przez tameczne kolegjum lekarskie dopuszczony do praktyki, ponieważ ojciec jego był katem. Dało to powód do długich sporów w licznych broszurach [1]. Na początku wieku XVIII. żył w Połtawie niejaki Teodor, człowiek uczciwy i bogobojny, ale — jako kat — niedopuszczany przez parocha miejscowego do cerkwi i do spowiedzi. Powędrował tedy do Kijowa szukać pomocy i rady. Jakoż metropolita Jasiński wydał mu gramotę, która opiewa: »Katowstwo jest wprawdzie zawodem niehonorowym, ale nie jest grzechem. Jeżeli chirurgowie celem uleczenia ucinają choremu członki, albo krew puszczają i nieraz, nie poznawszy się na rzeczy, człowieka nawet o śmierć przyprawiają, a pomimo to nie podlegają karom i nie bywają od kościoła odłączeni, to tembardziej dlaczegoż ma odpowiadać kat, który zabija nie z własnej woli, lecz z rozkazu władzy wyższej« [2]. Paroch połtawski, wyraziciel przekonań swojego społeczeństwa, ustąpił dopiero pod takim naciskiem, zapewne bez przekonania.

»Ordynacja Policji czyli ochędostwo Miasta Warszawy« z r. 1767, mówiąc o obowiązkach »mistrzowskich«, zastrzegła, że kat »od nikogo pogardzany nie będzie«.

Ani stronienie katów od robót »podlejszych«, oprawcom przekazywanych, ani opieka przepisów prawnych, nie na wiele się przydały. Odraza do katów wyplenić się niczem nie dała. Widząc to, kaci pogodzili się z losem swoim i jęli się takich nawet czynności, które dawniej sami uważali za hańbiące, byle zysk z nich płynął [3]. Dok. nast.

[1]) O litewskich i polskich prawach, II., 95, przypis.

[2]) »Encyklopedja powszechna« S. Orgelbranda, artykuł »kat«.

[3]) Jan Obst. Kat miasta Wilna. »Litwa i Ruś«, 1913, zeszyt I., II., III.

[4]) Archiw Jugozapadnoj Rusi. Cz. V., t. I., LXX., LXXXIV.

[5]) G. I. Studenkin. Zaplecznyje mastera. Russkaja Starina, 1873.

[1]) Nürnberger literarisches Wochenblatt, 1770, Bd. I. s. 144. Cyt. u Beneckego l. c.

[2]) O. Lewickij. Wzglad na remesło pałacza w staroj Małorosji, Kijewskaja Starina, 1899, grudzień, st. 390.

[3]) Jakich czynności podejmował się kat, wskazuje »Ordynacya Policyi czyli ochędostwo Miasta Warszawy« z d. 24. czerwca 1767 r. (*rękopis*). Mianowicie w rozdziale: »Obowiązki Mistrzowskie« powiedziano: »... 5) Ludzi osądzonych podług opisu dekretów ma ekzekwować. 6) Ludzi własną ręką zabijających się lub wieszających (się) wywozić i chować. 7) Zdechlinę po ulicach leżącą jakiegokolwiek bądź rodzaju sprzątać. 8) Z domów za daniem sobie znać takową zdechlinę wywozić. 9) Bydło, psy, konie, koty na ulicy chore leżące, choć jeszcze żywe, gdy we 24 godzinach nikt się do nich nie przyznaje i onych nie sprząta, zabierać. 10) Zapobiegając, ażeby się psy po ulicach błąkające nadto nie mnożyły albo też nie wściekały, chwytać je przez swoich ludzi będzie, osobliwie w miesiącach wyznaczonych. 11) Wolno chodzące świnie, aby bruków nie ryły i nie psuły, zajmować każe. 12) Kloaki w domach przez ludzi swoich chędożyć i w tym podług przepisanego czasu i miejsca wywozu zachowywać się ma. 13) Zdechliny i fecesa przypadkowie w kanałach będące wyprzątać przez ludzi swoich powinien«.

Przegląd piśmiennictwa.

Anatomja patologiczna.

Zeitschr. f. Krebsforschung. T. 19. Z. 2 i 3 1922.

H. T. Deelman. **O histogenezie raka smołowego.** Na podstawie badań eksperymentalno-histologicznych stara się autor skreślić początkowy, względnie bardzo wczesny okres bujania rakowego. Doświadczenia przeprowadził na szeregu seryj białych myszy, którym pędzlował smołą pogazową skórę grzbietu dokładnie ogoloną. Po 10 do 11 tygodniach, w ciągu których powtarzał pędzlowania, można było stwierdzić na skórze nieznaczne wyniosłości kopułowate, jako krągłe ostro odgraniczone zgrubienia naskórka. Autor przekonał się, że z chwilą wystąpienia gołem okiem widocznych zmian zbyteczne jest dalsze pędzlowanie, o ile chodzi o wywołanie bujania rakowego. Wyniosłości tych u myszy w miejscu pędzlowania może być kilka a nawet dwadzieścia, przyczem, raz powstawszy, już nie ustępują. Z jednych wyniosłości mogą powstawać guzki o charakterze drobniutkich brodawczaków, z innych, po początkowym rozpadzie nieznacznym w samym środku zgrubienia, rozwija się zwolna typowy,

wrzód o brzegach wałowatych, wrzód o wszelkich cechach wrzodu rakowego.

Celem uzyskania wczesnych obrazów histologicznych ze zmian, wywołanych smołą, wycinał autor płat skóry z różnych okresów zmian gołem okiem spostrzeganych. Zmiany te dzieli na 3 grupy: 1) Wzrost nabłonka na zewnątrz (a nie wgłąb) bez jakiejkolwiek atypji komórek, a zatem wzrost o charakterze dobrotliwym. Spostrzegał go jako bujanie brodawkowe, jako przerost torebek włosowatych lub gruczołów łojowych. 2) Wzrost nabłonka, wśród którego wyróżniały się miejsca o wzroście znacznie szybszym, któreto miejsca (ogniska) okazywały już wyraźną atypję komórek, między innemi nieregularność rogowacenia, a także często początkowe wnikanie głębokie w tkankę łączną skóry. 3) Wzrost nabłonka o wszelkich cechach złośliwości.

Zmiany wymienione pod 2. uważa autor za zmiany przedwstępne bujania rakowego; powstają one ze wspomnianych brodawczaków lub przerostu torebek włosowych.

Opierając się na badaniach swych autor przedstawia sobie powstawanie raka smołowego w sposób następujący: W ciągu 10 do 12 tygodni pędzlowania grubieje nabłonek, powstają ograniczone nieco wyniosłe zgrubienia, ostro odgraniczone, w ilości różnej, z której jedne odrazu rozpadają się, inne zaś najpierw tworzą brodawczaki, po których odpadnięciu powstaje wrzód rakowy.

Badanie drobnowidowe wykazuje, że wzrost nabłonka odbywa się wieloogniskowo (multizentrisch) i wielokomórkowo (multicellulär); w miarę bujania powstaje atypowość wzrostu i atypowość komórek, świadcząca już o złośliwości bujania tj. o bujaniu rakowem.

Autor zajął się w dalszym ciągu badaniem zmian, rozwijających się stopniowo w komórkach nabłonkowych, tworzących z czasem raka smołowego. D. stwierdził powiększenie komórek nabłonka, ale nie tyle warstwy podstawowej (str. basale), ile raczej komórek, które z tej warstwy powstają. Pojawia się wielopostaciowość tych komórek, niejednakie ich barwienie się, przedewszystkiem zaś niejednakie ich rogowacenie, nadto znacznie szybsza dążność do rogowacenia tak, że nawet w komórkach dzielących się już pojawiało się rogowacenie.

W powstawaniu raka smołowego u myszy należy, zdaniem autora, rozróżnić dwa okresy, jeden, w którym pędzlujemy skórę dziegciem i nie spostrzegamy zmian na niej, drugi, w którym powstaje zgrubienie a z niego następowo nowotwór rakowy. Pierwszy okres jest, zdaniem autora, co do czasu stały, drugi okres natomiast może trwać rozmaicie długo. Stały czas trwania okresu pierwszego, w którym nie można przerywać pędzlowania, świadczy, że już wcześnie powstają zmiany w komórkach, które w miejscu danem mają bujać, tu niejako zaraz z początku pędzlowania powstał zawiązek do bujania, które też może nastąpić tylko przy nieprzerwanem pędzlowaniu i ostatecznie może ujawnić się jako wspomniane zgrubienie miejscowe.

Fakt, że otrzymywał już widoczne zmiany po 10—12 tygodniach, podczas gdy inni dopiero po 14 miesiącach, odnosi autor do znacznie większej powierzchni (10 cm^2), którą pędzlował; inni, jak Murray i Woglom, pędzlowali pasek długi na 1 cm, szeroki na 1 mm. Ponieważ ilość ognisk bujającego nabłonka jest wogóle niewielka, nic więc dziwnego, że na tak małej przestrzeni nie tak prędko można dopatrzeć się gołem okiem zmian opisanych.

W. Nowicki (Lwów).

Virchows Archiv.
T. 238. Z. 3.

L. Bodnár. **Cholecystitis cystica.** Opis makro- i mikroskopowy pęcherzyka żółciowego kobiety 60 letniej, operowanej z powodu niedrożności jelita, wywołanej jego uwięźnięciem. Pęcherzyk o ścianach zgrubiałych 7.5 cm długi, tylko 2 cm szeroki, miał błonę śluzową czerwoną, nieco brodawkowatą. Wśród ściany, przedewszystkiem w mięśniówce, usadowione były liczne torbielki, z których największe miały 4 mm średnicy. W pęcherzyku stwierdzono obecność 2 kamieni. Badanie drobnowidowe stwierdziło drobniutkie pofałdowanie błony śluzowej, przeważnie obnażonej z nabłonka pokrywkowego; w wielu miejscach fałdki zlepiały się ze sobą. Torbielki wyścielone były nabłonkiem cylindrycznym i usadowione w błonie śluzowej, mięśniówce a nawet w osłonce włóknistej. Co do pochodzenia, to torbielki mogły powstać albo z zagłębień Luschki albo z gruczołów śluzowych. Ze względu na niejednolite zapatrywania co do obecności gruczołów śluzowych w pęcherzyku żółciowym, przebadał autor pewną ich liczbę i przekonał się, że gruczoły stwierdza się rzadko i to tylko w przewlekłych postaciach zapalnych w najbliższem otoczeniu zagłębień Luschki, które tworzą jakby ich wywody. W danym przypadku torbielki powstały zdaniem autora, z zagłębień Luschki; do torbielków niektórych uchodziły bardzo nieliczne gruczoły.

Ada Stübel. **Studja nad zachowaniem się naczyń (krążenia) przepukliny oponowej.** Autorka badała zachowanie się naczyń i krążenia w zakresie opon przepukliny rdzenio-oponowej u dziecka 10 tygodniowego przed i po jej wycięciu i to zapomocą włoskowatego mikroskopu (Capillarmikroskop). Okazało się, że zarówno w naczyniach włosowatych, jak w tętnicach i żyłach, krążenie jest bardzo nieregularne, w jednych bardzo szybkie, w innych zwolnione niemal aż do zastoju. Nie można było zauważyć tętnienia, odpowiadającego skurczom serca. Natomiast wybitnie zaznaczał się wpływ krzyku, głębokiego wdechu itp. Interesujące były spostrzeżenia nad zachowaniem się naczyń i krążenia w wyciętych oponach i zanurzonych w ciepłym rozczynie fizjologicznym NaCl po poprzedniem rozpięciu ich, jak na bębnie, na cylindrze szklanym. Badanie przeprowadzała autorka za pomocą specjalnie sporządzonego mikroskopu, którego soczewka przedmiotowa zanurzona była w płynie. Krążenie, mimo wycięcia opon, utrzymywało się jeszcze przez 16'. Doskonale można było odróżnić żyły od tętnic. Ponieważ krążenie utrzymywało się mimo odcięcia naczyń od środkowego układu nerwowego i od serca, należało przypuszczać, że naczynia będą oddziaływały na bodźce i rzeczywiście po zadrażnieniu igłą krążenie natychmiast przyśpieszało się. W razie silniejszego podrażnienia krew napływała w tem samem naczyniu ze stron obu tak, że następowało uderzenie o siebie obu prądów. Najczulsze były tętnice, mniej naczynia włosowate, najmniej żyły. Za dotknięciem igłą można było zauważyć miejscowy skurcz naczynia. Obumieranie jego zaznaczało się przechodzeniem ciałek czerwonych po dotknięciu igłą. Przeżywanie naczyń jedni odnoszą do przeżywania nerwów naczyniowych, a cały proces uważają za odruch wypustki osiowej komórki nerwowej (Axonreflex) (przy przyjęciu obecności komórek zwojowych w ścianie naczynia), inni odnoszą je do mięśni. Autorka przyjmuje, że ma się tu do czynienia z czynnością wszystkich składników naczynia, a więc z pracą całego naczynia. Czynnikiem drażniącym naczynie jest w doświadczeniach danych wpływ otoczenia. Jak długo utrzymuje się dostateczna siła drażnienia, tak długo spostrzega się oddziaływanie naczynia.

E. Krompecher **W sprawie »obronnego« zapalenia.** Autor w krótkim artykule rozstrząsa krytycznie zapatrywania dawniejsze, szczególnie zaś zapatrywania doby ostatniej, na istotę zapalenia. K. występuje przeciw wprowadzeniu celowości do procesu zapalnego czyto wprost, czy też przez wprowadzanie pojęć, które w każdym razie mówią o »aktywności« w zapaleniu. Autor uważa wogóle za nieodpowiednie wprowadzanie do medycyny, obok definicyj opartych na cechach, pojęć teleologicznych albo, po myśli Aschoffa, »biologicznych« lub »funkcjonalnych«. Autor zastanawia się, jakie stanowisko co do pojęcia zapalenia ma zająć anatomja patologiczna, a jakie klinika. Zdaniem K. definicja anatomo-patologiczna winna opierać się jedynie na cechach, charakteryzujących zapalenie, co też jest słuszne także z punktu widzenia dydaktycznego. »Anatom patologiczny ma opisywać, klinicysta zaś oceniać i leczyć«, na takiem stanowisku pozostając uniknie się nieporozumień i różnych, często rozbieżnych definicyj, któremi usiłuje się określić istotę i znaczenie zapalenia.

A. Plaut. **Przyczynki do patologji i histologji jamy nosowej.** I. Wrzód przebijający przegrody nosa. P. na 112 zwłok nie gruźliczych raz jeden stwierdził przebi-

jający wrzód przegrody nosa, na 43 zwłok gruźliczych 4 razy. Autor odrzuca zapatrywanie o powstawaniu wrzodu na tle dłubania a więc na tle mechanicznem. Fakt stwierdzania częstszego wrzodu u osobników gruźliczych jest następstwem małej dążności do gojenia się i nie jest on w związku przyczynowym z gruźlicą. Etjologja wrzodu tego dotąd jest nieznana.

II. O barwiku melaninowym w błonie śluzowej nosa. Autor spostrzegał w części oddechowej przegrody nosowej usadowiony pod nabłonkiem barwik o wszelkich cechach melaninu, i to zarówno u młodych, jak starych osobników. Pokazuje się z tego, że znajdują się tu 2 barwiki, jeden pochodzący z krwi powstały w związku z krwotokami, drugi zaś melanin.

III. O przerzutowych ropniach błony śluzowej nosa. W przypadku zapalenia wsierdzia na tle gronkowców spostrzegał autor dwa ropnie w przegrodzie nosowej, niewątpliwie pochodzenia przerzutowego.

F. Schmidt. **Przyczynek do budowy i histologji brodawczaka koralowatego** (papilloma coralliforme). Na podstawie zbadanych 2 przypadków brodawczaków przełyku u bydła i piśmiennictwa omawia autor anatomję, patogenezę i etjologję brodawczaków przełyku. Zdarzają się one głównie u bydła; występują jako twory odosobnione lub mnogie, wystające do światła przełyku, i mają nader rozmaitą postać: brodawkową, kosmkową, kalafiorowatą i t. p., a w następstwie pociągania przez przechodzącą strawę otrzymują nieraz długą nóżkę. Budowa drobnowidowa zasadniczo taka, jak wogóle w brodawczakach. Często stwierdza się w nich wbite źdźbła zbóż a koło nich nacieki zapalne. Autor nie rozstrzyga sprawy spornej, czy powstawanie tych brodawczaków przełyku jest następstwem drażnienia względnie urazu przez wbijające się źdźbła przyjmowanej strawy, czy też są pochodzenia drobnoustrojowego, jak chcą niektórzy. Podnieść należy, że twory te stwierdza się głównie u bydła karmionego w stajniach. *W. Nowicki* (Lwów).

Medycyna wewnętrzna.

La Presse médicale.

Nr. 21—32. 1923.

A Jousset. **Swoiste leczenie gruźlicy.** Leczenie swoiste gruźlicy podlega ogólnym prawidłom. W zakażeniach ostrych lub przewlekłych, przebiegających z rozsianiem drobnoustrojów lub ich jadów, inaczej mówiąc, w schorzeniach ogólnych w stanie czynnym, nie należy pokładać nadziei na leczenie szczepionkami. Należy natomiast stosować surowice, które dostarczają ustrojowi gotowych przeciwciał. Naodwrót w schorzeniach ściśle umiejscowionych, w których zarazki zamknięte w ogniskach nie mają prawie żadnego działania uodporniającego, należy wprowadzać do ustroju szczepionki, aby wywołać w ten sposób zamiast stałego odczynu obronnego miejscowego odporność ogólną. Zdrowe części ustroju wykonywują pracę dla narządów chorych. Autor podaje następujące prawidła swoistego leczenia gruźlicy. Leczenie surowicami należy stosować w ostrej gruźlicy i zwłaszcza w zakażeniu pierwotnem u dzieci, w gruźlicy prosówkowej, w przypadkach polyserositis, w ostrych formach zapalenia stawów Ponceta, jak również we wtórnych znacznych obostrzeniach gruźlicy u dorosłych. Leczenie szczepionkami stosuje się w gruźlicy umiejscowionej, mało rozległej, przebiegającej bez gorączki lub z gorączką o określonych wahaniach tj. w przypadkach chirurgicznych i skórnych. Najtrudniejszy jest wybór stosownego leczenia w przypadkach gruźlicy płucnej wskutek różnorodności jej przejawów. Autor uważa za najbardziej wskazane kierowanie się krzywą ciepłoty i podaje następujące zasady. 1) Nadają się do leczenia swoistego (surowicą lub szczepionką) osobnicy, których ciepłota mierzona w stanie bezwzględnego spoczynku, wykazuje wahania prawidłowe. 2) Ciepłota prawidłowa, wysoka lub nizka, której zwolnienia ranne pozostają powyżej 37° i wahania nie przekraczają 2,5°, wymaga leczenia tylko surowicami. Krzywe takie spotykamy w ostrych czynnych formach naciekowych, zwłaszcza u młodych osobników. 3) Ciepłota prawidłowa, rano poniżej 37° z nasileniami wieczornemi, nie przekraczającemi 2,5°, jak również ciepłota normalna, towarzysząca przewlekłej gruźlicy, wymaga leczenia szczepionką. 4) Ciepłota, która rano i wieczorem zaledwie przewyższa normalną, jest wyrazem bardzo powolnego rozwoju gruźlicy i może być leczona i szczepionką i surowicą. Należy stosować jednak szczepionkę ostrożnie i tylko w przypadkach, w których leczenie surowicą nie dało żadnego wyniku. 5) Ciepłota z dużemi wahaniami, o typie zwalniającym lub przepuszczającym, w zasadzie wymagałaby leczenia szczepionką. Zdarza się jednak w daleko posuniętych przypadkach u osobników pozbawionych odporności, której wymaga tego rodzaju leczenie, lecz i tutaj mogą być wyjątki. O odporności danego osobnika najlepiej można sądzić po stopniu skórnego odczynu tuberkulinowego i po ogólnym stanie. 6) Gorączka trawiąca, zupełnie nieprawidłowa krzywa ciepłoty wyklucza leczenie swoiste. Stosowane może być w tych przypadkach jedynie leczenie objawowe.

A. Daniel. **Leczenie płonicy zapomocą wstrzykiwań krwi ozdrowieńców.** Seroterapja płonicy była stosowana przez licznych autorów. Ostatnio Debray i Paraf potwierdzili zachęcające wyniki wstrzykiwania surowicy ozdrowieńców w przebiegu płonicy. Metoda ta wskutek swej dość zawiłej techniki jest niedostępna w praktyce prywatnej, szczególniej na wsi. Aby zapobiec tym trudnościom autor wstrzykuje całkowitą krew ozdrowieńców. Na 215 przypadków płonicy autor zastosował swą metodę w 33 przypadkach: w dwóch przypadkach płonicy piorunującej (oba przypadki z wynikiem śmiertelnym), w 5 przypadkach płonicy wybitnie zjadliwej (2 wyniki śmiertelne), w 10 przypadkach płonicy hypertermicznej, ciężkiej (1 śmiertelny), w 12 przypadkach płonicy hypertermicznej o stanie ogólnym zatrważającym (0 śmiertelnych), w 6 przypadkach średnio ciężkich (0 śmiertelnych). Po zastosowaniu zastrzyków z krwi ozdrowieńców następuje spadek ciepłoty, zwolnienie tętna i poprawa stanu ogólnego wskutek zniknięcia objawów zatrucia. Ciepłota może spaść nagle o 2—3 stopnie lub też w przeciągu 24 godzin po zastrzyku. W postaciach hypertermicznych ciepłota spada do normy bardzo szybko i równolegle zwalnia się tętno. Objawy zatrucia w postaci niepokoju i adynamji znikają, chorzy odczuwają wybitną poprawę. Zwiększa się ilość moczu, wysypka blednie i znika szybciej, język staje się wilgotnym, znika uczucie suchości i pragnienia. Objawy anginy, o ile nie są zależne od błonnicy, znikają szybko. Zastrzyki krwi nie skracają jednak przebiegu płonicy, natomiast na 33 przypadki autor nie skonstatował ani jednego powikłania w postaci zapalenia nerek, lub stanów zapalnych stawów, serca itd. Technika jest niezmiernie prosta. Wybiera się ozdrowieńców po możliwie ciężkiej postaci płonicy i, po zebraniu dokładnych wywiadów co do kiły, gruźlicy i zimnicy, zapomocą szklanej strzykawki i igły pobiera się krew z żyły w zgięciu łokciowem. Można stosować krew jednego chorego lub też krew mieszaną kilku chorych. Krew może być zastrzyknięta natychmiast choremu śródmięśniowo do pośladka lub też można ją przechować w rozczynie cytrynjanu sodu (10%). Ilość krwi zastrzykiwanej jednorazowo i ilość zastrzyków waha się w zależności od wieku pacjenta i postaci choroby. U małych dzieci (1—2 lata) 10 ccm krwi wystarcza; w postaciach hypertermicznych o stanie ogólnym ciężkim należy wstrzykiwać codziennie dawki od 15 do 30 ccm aż do spadku ciepłoty. W postaciach średnio ciężkich dwa zastrzyki od 10 do 15 ccm co 24 godziny przeważnie wystarczały. W postaciach bardzo ciężkich, gdy szło o pomoc natychmiastową, autor stosował zastrzyki dożylne, ewentualnie stosował obie metody.

Według autora wskazania do stosowania zastrzyków są następujące: 1) Wszelkie przypadki płonicy zjadliwej powinny być od pierwszej chwili leczone hemoterapją bądź dożylnie, bądźto zapomocą obu metod. Dawki winny być duże. 2) Wszelkie przypadki płonicy z wysoką ciepłotą, obfitą wysypką i stanem ogólnym zatrważającym winny być leczone dużemi, codziennie powtarzanemi zastrzykami krwi domięśniowemi. 3) Wszelkie przypadki płonicy średnio ciężkie winny

być leczone domięśniowemi zastrzykami krwi. Dawki stosować należy średnie, powtarzać je co 2—3 dni. 4) Płonica o przebiegu normalnym, lekkim lub poronnym nie wymaga bezwzględnego stosowania hemoterapji, o ile nie przewiduje się powikłań i o ile ustrój chorego nie jest bardzo wyniszczony. 5) Hemoterapja, o ile ma być skuteczna, winna być stosowana jaknajwcześniej. Autor nie rozstrzyga kwestji, czy dodatnie wyniki leczenia zależą od zastosowania białka w myśl zasady Widala, czy też zastrzyki krwi mają wartość leczniczą swoistej surowicy.

A. B. Marfan. **Rozpoznawanie kiły wrodzonej u noworodków i osesków.** Według autora kiłę wrodzoną pewną spostrzega się u 16% dzieci; podejrzanych o kiłę jest 30% dzieci, stanowiących materjał poradni szpitalnej. Wobec tego, że kiła jest w pierwszych miesiącach życia bardzo ciężkiem schorzeniem i w ogromnym odsetku przypadków jest przyczyną śmiertelnego zejścia, autor uważa za niezmiernie ważne, aby umieć rozpoznać ją jaknajszybciej. Objawy kliniczne, które cechują kiłę wrodzoną, można podzielić na objawy pewne i na objawy wątpliwe. Jako objawy pewne autor podaje:

1) Pęcherzyca dłoni i podeszew; 2) wczesny przewlekły katar nosa o swoistym przebiegu; 3) wczesne przewlekłe powiększenie śledziony; 4) pewne zmiany powłok skórnych i śluzówek, zwane syfilidami; 5) rzekomy bezwład noworodków (choroba Parrot'a).

Pierwsze trzy objawy są bardzo wczesne, można je bowiem spostrzegać po urodzeniu lub w pierwszych tygodniach; ostatnie dwa objawy występują zwykle przed czwartym miesiącem. Każdy z nich wystarcza zupełnie do rozpoznania kiły.

1) Pęcherzyca dłoni i podeszew bywa stosunkowo rzadko; może istnieć od samego urodzenia lub powstać w najbliższych dniach. Charakterystyczną cechą tego objawu jest umiejscowienie: pęcherzyca kiłowa występuje wyłącznie na dłoniach i podeszwach. Należy odróżniać ją od pęcherzycy zakaźnej, która pokrywa tułów, plecy, twarz, szyję, natomiast oszczędza dłonie i podeszwy i występuje najwcześniej w kilka dni po urodzeniu. Płyn, który wypełnia pęcherze w pęcherzycy zakaźnej, jest z początku przeźroczysty w odróżnieniu od pęcherzycy kiłowej, w której jest odrazu mętny, następnie ropny ewentualnie krwawy.

2) Katar kiłowy noworodków jest objawem bardzo częstym, bardzo wczesnym, częstokroć jedynym. Noworodek ssie z trudem, nos ma założony. Z nosa wypływa wydzielina surowiczo ropna, która zasycha w strupki zielonawo-żółte, czasem krwawe. Nozdrza pękają, czasem ścieńczone. Często nos wskutek zapadnięcia się kości przybiera charakterystyczny kształt zapadniętego nosa kiłowego. Należy odróżniać katar kiłowy od błonicy nosa, która wywołuje powiększenie gruczołów chłonnych podszczękowych, jest często umiejscowiona z jednej strony i nie jest nigdy wrodzona. Rozstrzygnąć wątpliwości może badanie bakterjologiczne.

3) Wczesne przewlekłe powiększenie śledziony jest to objaw bardzo wczesny, istnieć może bowiem przy urodzeniu. Jest czasem wraz z niedokrwistością jedynym objawem kiły. Powiększenie śledziony u osesków, dotkniętych wrodzoną kiłą, stwierdza się u 77%. Należy stwierdzać powiększenie wyłącznie obmacywaniem, gdyż opukiwanie może dać mylne wyniki wskutek bębnicy jelit. W miejscowościach, gdzie niema zimnicy i kala-azar, i o ile można wyłączyć napewno gruźlicę, stałe powiększenie śledziony jest objawem patognomonicznym dla kiły wrodzonej.

4) Osutki kiłowe powłok skórnych i śluzówek mogą przybierać postać plamek blado-różowych z odcieniem miedzi, których ulubionem miejscem jest twarz, podbródek i szyja oraz zewnętrzna powierzchnia ud, lub też postać guzkowatą, która może być pierwotną lub wystąpić po pierwszej. Postać guzkowata (papulosa) umiejscawia się przedewszystkiem na twarzy, na udach i na pośladkach. W miejscach, gdzie skóra styka się ze śluzówką, koło odbytnicy lub pochwy, guzki przybierają postać nadżerek, są mokre i tworzą lepieże. Osutka kiłowa rzadko przybiera postać owrzodzeń. Czasem jednak owrzodzenia zdarzają się, szczególniej w okolicy odbytnicy, na mosznie, na udach, tylnej części sromu. Wówczas jest bardzo trudno odróżnić osutkę kiłową od banalnego guzkowatego rumienia. Kiła wywołuje u osesków charakterystyczne pęknięcia, umiejscowione przeważnie na wargach i powiekach. Zatem osutka kiłowa umiejscowiona jest przeważnie na twarzy. Naokoło ust, nosa, na podbródku i wargach widać plamki i grudki, tworzące wysypkę czerwoną, pokrytą pęknięciami, które krwawią. Usta i kąty ich są popękane i pokrwawione. Nos jest założony czarnemi strupkami. Maska wrodzonej kiły jest zupełna, jeśli wysypka rozprzestrzenia się na czoło, brwi i na kąty powiek.

5) Rzekomy bezwład noworodków (choroba Parrot'a) zależy od zmian kiłowych w chrząstkach pośrednich, występuje w 6-ym, rzadko po upływie 4-ch miesięcy, poraża jedną lub kilka kończyn, częściej górne, niż dolne. Kończyny są bolesne przy poruszaniu. Stwierdza się obrzęk kości długich w okolicy nasady, czasem wyczuwa się trzeszczenie. Nieruchomość kończyny zależna jest nie od bezwładu, lecz wypływa z unieruchomienia wskutek bólu. Niektórzy autorzy przypisują nocne krzyki osesków bólom w kościach. Rozpoznanie jest względnie łatwe, należy różniczkować z chorobą Barlowa, pamiętając, że ta ostatnia występuje po 6 miesiącach, najczęściej w końcu pierwszego roku.

Wszystkie te pewne objawy występują w pierwszych czterech miesiącach życia, po 6-ym miesiącu znikają. Wówczas można postawić rozpoznanie na podstawie objawów prawdopodobnych. *Aleksander Krause* (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 23 marca 1923.

Przewodniczy kol. Zieliński. Obecnych 115.

Prezes kol. Zieliński poświęca gorące słowa wspomnienia ś. p. Ks. Drowi Józefowi Bilczewskiemu, Arcybiskupowi Metropolji Lwowskiej, oraz ś. p. kol. Lesławowi Szulisławskiemu, kapitanowi rez. i asystentowi Kliniki wewn. Uniwers. Jana Kazimierza we Lwowie. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłych.

1) Kol. Hilarowicz przedstawia z Kliniki Chirurgicznej lw.:

a) Dwie chore leczone operacyjnie z powodu **stopy szpotawo-końskiej** porażennej. W jednym z nich wobec zachowanej jeszcze częściowo czynności mięśni uzyskano, po przedłużeniu ścięgna Achillesa, ustalenie stopy w prawidłowem położeniu przez wytworzenie pętli ze ścięgna m. goleniowego przedniego przewleczonego przez kanał wywiercony w kości łódkowatej. Sposób ten, stosowany na klinice, zaleca się silnem umocowaniem i wytrzymałością pętli. W drugim przypadku ze względu na znaczny zanik mięśni i zmiany kostne zastosowano bolcowanie stopy względem podudzia bolcem kostnym z goleni strony zdrowej sposobem Lexera, w połączeniu z usunięciem zniekształconej kości skokowej. Pokaz roentgenogramu. Wynik czynnościowy w obu przyp. bardzo dobry.

b) preparat **wyciętej kiszki** uzyskany operacyjnie **w przypadku przepukliny ściennej jelitowej,** oraz **preparat wyciętej polowy wola,** zawierającej wielki ropień, spowodowany przez prątka okrężnicy.

W dyskusji kol. Schramm zauważa, że w przypadkach stopy szpotawej i końskiej na tle porażennem odżywianie tkanek jest tak niedostateczne, że nawet po zupełnem zdjęciu chrząstek z powierzchni stawowych, zrost kostny nie następuje. Ruchomość w stawie a z tem i dawne zbezkształtnienie powraca. Z tego powodu uważa ustalenie stawu przez wbicie gwoździa, łączącego obie kości w skład stawu wchodzące za konieczne. Doświadczenia własne mówcy nie stwierdziły podania niektórych autorów, jakoby wbity gwóźdź kostny ulegał dość szybkiemu odwapnieniu, wchłonieniu częściowemu i złamania, owszem przekonał się, że gwóźdz zrastał się kostnie i tworzył z kością, w którą został wbity, jedną masę kostną. Sposób podany przez Ostrowskiego przez wbicie gwoździa wydaje się zabiegiem i prostszym i pewniejszym niż wkładanie listewki. Obaw o zdarcie okostnej gwoździem przy należytem postępowaniu nie ma. W przedstawionym przypadku wyjęto całą kość skokową w celu zupełnego wprowadzenia stopy w położenie prawidłowe. Kość piętowa, jak widać na przedstawionym roentgenogramie, wchodzi dokładnie w widełki z obu kostek. Zapobiega się też tym sposobem wytworzeniu się luźnego stawu między kością skokową i piętową.

2) Kol. Franke przedstawia wniosek w sprawie **podwyższenia prenumeraty Pol. Gazety Lek. za II kwartał** do 60.000 Mkp oraz dopłatę za I kwartał w sumie 5.000 Mkp., wynikłej wskutek pomyłki.

Po dyskusji członkowie Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego akceptowali proponowaną podwyżkę prenumeraty.

3) Kol. Füllenbaumówna wygłasza odczyt »**Nasze doświadczenia w leczeniu rzeżączki kobiecej**« (z oddziału kobiecego skórno-wenerycznego Szpitala Powszechnego we Lwowie Prymarj. Doc. R. Leszczyńskiego).

Dwa są sposoby leczenia rzeżączki kobiecej uzupełniające się wzajemnie, leczenie miejscowe i ogólne. Miejscowo leczy się antyseptykami, któremi staramy się zabić gonokoka w miejscu jego usadowienia. Ogólną metodą posługujemy się jako pomocniczą, wspomagającą, częściowo przygotowującą.

Leczenie cewki nie przedstawia trudności, o ile nie ma komplikacji ze strony zaułków dookołacewkowych, o ile niema zajęcia gruczołów Skenego.

Skoro proces rzeżączkowy przejdzie na górne drogi narządu płciowego kobiety, leczenie staje się trudnem. Co do leczenia tych części zachodzi różnica zdań między ginekologami a wenerologami.

Ginekologowie, uważając rzeżączkę szyjki i wnętrza macicy za »noli me tangere«, odnoszą się do tych zmian najchętniej biernie. Większość wenerologów jest jednak przekonana o konieczności leczenia czynnego.

Leczenie miejscowe macicy kombinujemy leczeniem ogólnem, szczepionkami. Przez stosowanie szczepionek, czyli pobudzenie sił obronnych organizmu metodą uodparniania czynnego, przygotowujemy sobie niejako teren do leczenia miejscowego. Jedną z właściwości działania szczepionek jest zdolność pogarszania gleby, dzięki temu, lecząc szczepionkami poprawiamy warunki następowego leczenia miejscowego. Dzięki szczepionkom jesteśmy w mniejszym stopniu narażeni na niebezpieczeństwa, grożące przy miejscowem leczeniu macicy.

Po przygotowaniu szczepionkami, leczymy przedewszystkiem, w każdym przypadku istnienia gonokoków w wydzielinie w części pochwowej macicy, błonę śluzową szyjki macicy. Wprowadzamy sondą Playfaira 10% glicerynowy roztwór protargolu lub roztwór azotanu srebra od ½—4%. Skoro tem leczeniem nie zdolamy przez dłuższy czas pozbyć się gonokoków z wydzieliny, przystępujemy do leczenia wnętrza macicy, przyjmując, że zajęcie tejże jest przyczyną uporczywości procesu. Przy leczeniu wnętrza macicy wzorujemy się na doświadczeniach i sposobie postępowania Almkwista, Marschalka, Cronquista, Pinkusa i wielu innych. Nie podzielamy jednak zapatrywania tychże, że należy przy każdem zajęciu szyjki macicy leczyć też już i wnętrze macicy. Postępowanie nasze różni się też od postępowania autorów wspomnianych tem, że przygotowujemy a następnie i łączymy leczenie miejscowe z leczeniem szczepionkami.

Przez 2 lata leczyliśmy w ten sposób szczepionkami około 132 przypadków, miejscowo szyjkę macicy w 120 przypadkach. Wnętrze macicy leczymy od kilku miesięcy. Nie widzieliśmy nigdy przypadłości, podawanych przez przeciwników leczenia miejscowego. Nigdy nie spostrzegaliśmy rozszerzenia procesu na przydatki macicy ni zajęcia otrzewnej (A. r.).

W dyskusji kol. Fels zapytuje, jak długo trwało omawiane leczenie i czy można je przeprowadzać ambulatoryjnie. W odpowiedzi mówczyni komunikuje, że leczenie trwa z górą 3 miesiące i wogóle nie nadaje się do stosowania ambulatoryjnego.

W dalszej **dyskusji** kol. Wiczyński zauważa, że rzeżączka u kobiety w tych okresach, w których tak rozpoznanie jak leczenie byłoby najwięcej możliwem, rzadko kiedy dostaje się do rąk ginekologa. Pochodzi to stąd, że u kobiety cewka moczowa jest znacznie krótsza, a stąd i nasilenie objawów w ostrym okresie jest znacznie mniejsze. W dalszym zaś okresie, gdy rzeżączka przejdzie przez pochwę do szyjki i ciała macicy, objawy są wprawdzie więcej nasilone, jednak tak rozpoznanie bakterjologiczne z powodu obfitej flory bakteryjnej pochwy jest znacznie utrudnione, jak leczenie napotyka również na znaczne trudności. W pierwszym więc okresie leczenie powinno być głównie profilaktyczne. Odnośnie do przeniesienia się gonokoków w górne części narządów moczopłciowych, przedewszystkiem wobec rzeżączki w cewce, ginekologowie zgodnie z wenerologami stosują leczenie czynne. Różnica zapatrywań występuje dopiero odnośnie do leczenia rzeżączki wyższych części narządów rodnych, wobec której ginekologowie zachowują się często biernie, gdy natomiast wenerologja w myśl odczytu mówczyni żąda postępowania czynnego. Pod tym względem powinno nastąpić porozumienie między obu specjalnościami tak co do sposobu leczenia, jak i terenu działania. Jeśli bowiem chodzi o stosowanie czynnej metody Almkwista, to mówca jest zdania, że tylko ginekolog może sobie dokładnie zdać sprawę z terenu działania t. j. kształtu i wielkości macicy, co przy stosowaniu tej metody jest momentem pierwszorzędnego znaczenia dla możności uwzględnienia zasady: primum non nocere. Mówca stosował tę metodę w kilku przypadkach ostrej równocześnie rzeżączki cewki moczowej, i szyjki macicy, z wynikiem dobrym co do trwałości i bez powikłań. Co do rzeżączki jeszcze wyższych części narządu rodnego kobiecego tj. trąbki, to mówca zwraca uwagę na różne jej postacie i przebieg w zależności od konstytucji narządów płciowych kobiecych. Kol. Nowicki podnosi niejednokrotnie spostrzegane bardzo nieznaczne zmiany anatomiczne w przypadkach dłużej trwającej rzeżączki a nawet niemal brak ich, mimo, że zarazek może spowodować nawet bardzo poważne powikłania. N. p. w jednym ze sekcyjnie badanych przypadków, w którym stwierdzono u kobiety anatomicznie i bakterjologicznie wrzodziejące zapalenie wsierdzia na tle gonokoków, dokładne badanie gołem okiem i drobnowidowe narządów płciowych nie wykazało zmian, w innym podobnym przypadku zmiany były bardzo nieznaczne. Kol. Leszczyński tłómaczy różnicę poglądów ginekologów i wenerologów na sprawę leczenia górnej rzeżączki u kobiet tem, że gdy ginekolodzy mają na celu usunięcie stanów zapalnych, to wenerologom idzie w pierwszym rzędzie o usunięcie gonokoków. Nie da się zaprzeczyć, że i wśród ginekologów nastąpił zwrot w kierunku bardziej czynnego postępowania. Podnosi też to o czem mówczyni mówiła, że w dobrych szczepionkach mamy znakomity środek, chroniący nas od powikłań. Prócz tego zabierał głos kol. Papée.

Posiedzenie naukowe w dniu 6 kwietnia 1923 r.

Przewodniczy kol. Ig. Zieliński. Obecnych 109.

Kol. Zalewski demonstruje przypadek **ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego**, w którym objawy ogólne i miejscowe przemawiały za powikłaniem ze strony wyrostka sutkowego i za wskazaniem do trepanacji. Badanie przewodnictwa ciepła wedle własnej metody wykazało, że przewodnictwo ciepła przez wyrostek sutkowy jest dobre i wobec tego wskazania do operacji niema. Przypadek skończył się wyleczeniem bez operacji. Przypadki podobne wskazują na wartość tego sposobu badania przy ostrych sprawach zapalnych w wyrostku sutkowym.

W dyskusji zabierali głos kol. Skrowaczewski, Schramm i Zalewski.

2) Kol. Karowiec a) przedstawia chorego l. 62 liczącego, u którego z powodu rozległego nabłoniaka twarzy (epithelioma faciei), przechodzącego na gałkę oczną i nos, przykrył ubytek płatem skórnym ze skroni. Nowopowstały ubytek na skroni przykrył wolnym płatem z klatki piersiowej sposobem Krausego. Płat mimo, że jest większy wymiarami aniżeli, jak podają, 8×5 cm, przyjął się i chory dziś w 14 dni po zabiegu jako uleczony opuszcza szpital.

Drugi przypadek dotyczy chorej l. 30 liczącej, leczonej przez czas dłuższy na jednym z oddziałów z powodu **rozległego wrzodu podudzia**. Zgłosiła się przed 4 tygodniami z ubytkiem na podudziu wielkości 2 dłoni dorosłego mężczyzny. Tutaj znowu **dokonano plastyki sposobem Brauna**, jednak z pewną modyfikacją. Braun mianowicie zaleca ścięty płat skórny pokrajać na drobne kawałeczki i takowe wszczepiać w ziarninę. K. zeskrobał ostrą łyżeczką naskórek aż do miejsc krwawiących, a następnie z tego zrobił zawiesinę w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej i takową zawiesinę wstrzykiwał grubą igłą w ziarninę. Następnie zakładał opatrunek aseptyczny tak, aby zmienić go dopiero po upływie 5 dni. Rana pokryła się szaremi nalotami, oczyszcza się bardzo szybko, a duży ubytek w przeciągu 4 tygodni pokrył się nabłonkiem tak, iż chora zupełnie uleczona opuszcza szpital.

W dyskusji kol. Schramm zwraca uwagę na I przedstawiony przypadek, w którym wszczepiony duży płat tak doskonale się przyjął, co zaś do przeszczepiania komórek przyskórkowych, to stosowano to na klinice w przypadkach resekcji żeber; powstała blizna była tak samo słaba, jak przy stosowaniu zabiegu według Tierscha. Kol. Leszczyński podziwia wspaniałe wyniki osiągnięte u 2-ej chorej, która przez dłuższy czas przebywała u niego na oddziele i stwierdza, że chora prowokuje te owrzodzenia (były pochodzenia sztucznego).

3) Kol. Slęk przedstawia chorą a) lat 42, u której dokonano zabiegu operacyjnego sposobem Kochera, z powodu **mięsaka poza gałką oczną leżącego**. Z powodu zmian daleko idących usunięto cały oczodół wraz z częścią szczęki górnej i muszli nosowych. Jamę powstałą pokryto częściowo płatem skórnym.

b) Chorą lat 42 po zabiegu operacyjnym z powodu **cholecystitis gangraenosa, peritonitis circumscripta**. Woreczek żółciowy zgorzelinowy, zawiera ropę i kilkanaście kamieni, z których jeden zatyka przewód pęcherzykowy.

W dyskusji kol. Franke zapytuje ad a., jakie będą dalsze zamierzenia chirurgiczne, zaspokajające zewnętrzną estetykę. Kol. Schramm podaje kilka swoich uwag w sprawie dalszych zabiegów kosmetycznych.

4) Kol. Rothfeld wygłasza odczyt p. tyt. »**Nowoczesne poglądy na etjologję rozsianego stwardnienia mózgu**«. (Rzecz ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. J. Krzemicki kreśli treściwie właściwości kliniczne rozsianego stwardnienia, przemawiające za egzogenetycznością tego cierpienia, podnosi, że badania drobnowidowe przemawiają w tym samym duchu, ważne są pod tym względem porównawcze barwienia włókien osiowych różnemi metodami, podnosi w końcu, że stosowanie szczepionek, przesączonych przez filtr Berkefelda mogłoby w znacznym stopniu przyczynić się do rozstrzygnięcia spornych kwestyj, poruszonych przez mówcę.

Kol. A. Domaszewicz zauważa, że, o ile przyjmiemy zakaźne pochodzenie rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia, to może zbyt jednostronną jest droga dotychczasowych badań nad etjologją tego schorzenia — to jest droga szukania kręt-

ków w układzie nerwowym, płynie mózgo-rdzeniowym i innych narządach. Podobieństwo pewnych objawów klinicznych rozsianego stwardnienia i kiły rdzenia nie dowodzi wspólnej etjologji tych chorób i nie pozwala również wnioskować o morfologicznem podobieństwie zarazka, wywołującego obie choroby.

Badania doświadczalne kol. Rothfelda, w których nie ogranicza się do szukania krętków, lecz stara się przypuszczalny jad wywołujący rozsiane stwardnienie przenosić na króliki i przedewszystkiem zwraca uwagę na objawy kliniczne i zmiany anatomo-patologiczne u szczepionych królików, świadczą o dużej objektywności tych badań.

Mimo ujemnych wyników badań kol. Rothfelda sądzi, że tylko drogą przeszczepiania na zwierzęta można będzie dowieść zakaźnego pochodzenia rozsianego stwardnienia. Obecność bowiem krętków lub innych drobnoustrojów w ustroju chorego na rozsianych stwardnieniach może być zupełnie przypadkową i nie może być dowodem zakaźnego pochodzenia tej choroby.

Kol. Janusz przytacza zarzuty prof. Kuhna, który świeżo w ostatniej swej pracy o «etjologji rozsianego stwardnienia mózgu« nie bierze doświadczeń Freunda, Hornowskiego i Rothfelda w rachubę ze względu na stwierdzenie wśród zwierząt doświadczalnych chorób nagminnych a przedewszystkiem gruźlicy i zapalenia płuc. Następnie omawia znaczenie komórek cieniowych w drobnowidowych obrazach tejże choroby.

Nadto zabierał głos kol. Reich. W odpowiedzi przemawia Kol. Rothfeld. *W. Janusz*, sekr.

Towarzystwo Lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Walne Zebranie w dniu 17 maja 1923 r.

Przewodniczy prof. J. Mazurkiewicz.

Przewodniczący dał rys rozwoju Towarzystwa w r. ubiegłym, zwrócił uwagę na stały wzrost liczby członków, na działalność odczytową Towarzystwa i na prace będące w przygotowaniu, jak biuletyn Towarzystwa w języku francuskim, który znajduje się w druku i będzie całkowicie poświęcony Zjazdowi lekarskiemu polsko-francuskiemu z września 1921 roku. Następnie przewodniczący poświęca ustęp przemówienia opisaniu zasług zmarłego redaktora biuletynu ś. p. doc. Stanisława Orłowskiego; dalszą redakcję powierzono Dr. A. Przyborowskiemu. Po odczytaniu przez Dr. Pawińskiego sprawozdania komisji rewizyjnej sprawozdanie kasowe za rok ubiegły przyjęto; rachunki zamknięto saldem 1.712.017 marek.

Następnie prof. M. Konopacki wygłosił odczyt p. t.: **Dzieje histologji we Francji.** Referent wykazał wielkie znaczenie pracy Bichat'a p. t. »Anatomie générale«, którego teorja tkanek, oparta następnie na teorji komórkowej Schwann'a, dała podstawy dzisiejszej histologji. Po śmierci Bichat'a wskutek warunków politycznych, histologja we Francji rozwijała się słabo aż do lat sześćdziesiątych ubiegł go stulecia. Dopiero wystąpienie Ranvier'a i jego początkowa współpraca z Claude-Bernard'em nie tylko dała początek nowemu rozkwitowi tej nauki, ale i nadała jej pewne cechy charakterystyczne t. j. kierunek doświadczalny. Zasługi Ranvier'a były olbrzymie: wyjaśnił on budowę włókna nerwowego, mięśni białych i czerwonych, czynność wydzielniczą gruczołów śluzowych, ale także opisał szereg zakończeń nerwowych, wiele szczegółów z budowy tkanki łącznej, kości i chrząstki i t. d. Od lat mniej więcej trzydziestu we Francji wziął p zewagę kierunek cytologiczno-dośw adczalny. Prenant, Renaut, Regaud, Policard, Champy i cały szereg innych badaczy pracuje nad poznaniem nietylko struktury komórki, ale i jej czynności i w tym kierunku Francuzi położyli bardzo duże zasługi. Referent ilustruje ten kierunek histologji francuskiej na szeregu przykładów i cytat. A. S.

Związek Lekarzy Polaków w Wilnie.

Posiedzenie Rady Związku w dniu 23 kwietnia 1923 r.

Obecni: Drowie L. Czarkowski (prezez związku), K. Kosiński i Łukiewicz (sekretarze związk), Hanusowicz, Maleszewski, Michniewicz, Świda, Świerzyński.

Przewodniczy: dr. Michniewicz.

Rada Związku Lekarzy Polaków w Wilnie, po wysłuchaniu protokołu z posiedzenia swego z dnia 18 kwietnia r. b., na którem były przesłuchane wezwane specjalnie na posiedzenie osoby z pomiędzy dyrektorów i prelegentów szkoły dentystycznej w Wilnie, przyszła do wniosku, iż szkoła dentystyczna w Wilnie nie odpowiada swemu zadaniu z następujących powodów: 1) Niefachowość kierownictwa, spoczywającego w rękach ludzi z dentystyką nieobeznanych. 2) Fikcyjna koncesja na szkołę, wydana na imię dra Konecznego, ponieważ dr. Koneczny udziału w Zarządzie nie przyjmuje, podporządkowując siebie li tylko do roli zwyczajnego wykładowcy. 3) Niezwoływanie przez Zarząd szkoły Rady Pedagogicznej. 4) Niewykonywanie przez Dyrekcję szkoły obowiązującego programu nauki. 5) Brak ciągłości między wykładami. 6) Niedbałe traktowanie egzaminów przez Dyrekcję, a nawet przesuwanie na wyższy kurs uczniów względnie wydawanie świadectw po ukończeniu szkoły z pominięciem wymaganych egzaminów. 7) Brak odpowiedniego urządzenia wewnętrznego, niezbędnych środków technicznych, narzędzi i pomocy naukowych. Istniejące w niedostatecznej ilości środki techniczne i narzędzia pozostają w stanie wadliwym, zagrażającym bezpieczeństwu uczniów (wulkanizator) i zdrowiu chorych. 8) Przyjmowanie uczniów bez wymaganej ustawowo matury, przez co słuchacze nie są odpowiednio przygotowani do słuchania wykładów i przeważnie nie zn ją i nie rozumieją języka wykładowego. 9) Rażące zaniedbywanie przez uczniów wykładów i ćwiczeń. 10) Brak dozoru odpowiedniego przy wykonywaniu zabiegów leczniczych przez słuchaczy szkoły.

Zważywszy powyższe Rada Związku Lekarzy Polaków w Wilnie uważa za wskazane:

1) odwołać członków Związku, wykładających w szkole dentystycznej w Wilnie,

2) powiadomić o niniejszem, z podaniem motywów, Związek Lekarzy Polaków w Wilnie.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji.
Sekcja Nowy-Sącz.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 maja 1923 r.

1. Kol. Jabłoński (odczyt) — **O bakterjofagach** (praca kol. Skibińskiego).

2. Kol. Czapliński — demonstracje chorych (guz śledziony).

3. **Dyskusja** i wolne wnioski.

W. Jaworski, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego (w Poznaniu).

Posiedzenie w dniu 28 kwietnia 1923 r.

Kol. Karwowski wita zebranych w imieniu kolegów Wielkopolskich, zapraszając na przewodniczącego Zebraniu Dr. Orłowskiego Edwarda.

Po powitalnych przemówieniach przedstawicieli Władz, Uniwersytetu i Towarzystw przewodniczący, kol. Orłowski, powołuje do prezydjum kol. Grzybowskiego, Papéego, Bączkiewicza, Dandelskiego, Jasińskiego (z Łodzi), Wrześniowskiego, Dębińskiego (z Poznania), Ostromęckiego, Jarosińskiego (Siedlce), Zieleniewskiego, Wąsowskiego (Lublin), Sawickiego (Małopolska), prof. Jurasza (na miejsce Dandelskiego), Jarczynę (z Katowic); a na przewodniczącego I-ej sesji powołuje kol. Dandelskiego (z Poznania).

Kol. Dandelski obejmuje przewodnictwo: Kol. Zaorski (sekr.) odczytuje sprawozdanie. budżetowe za r. sprawozdawczy (1922) i odczytuje preliminowany budżet na r. 1923. Kol. Kucharzewski w imieniu Komisji Rewizyjnej odczytuje protokół Komisji Rewizyjnej. Kol. Nartowski (z Krakowa) do sprawozdania zaznacza, że primo: urzędnicy małopolscy pomocy lekarskiej według obecnego systemu czasowego rządowego nie życzą sobie, secundo lekarze małopolscy składek nie wnosili, gdyż niewiadomą im była suma składek, a co do wkładek proponowanych na 1923 r. uważa je za wygórowane. Kol. Szumlański (z Warszawy) w sprawie budżetu robi poprawkę fachową co do salda, wskazując, że w budżetach ono jest zawsze 0 (zero). Kol. Bączkiewicz komunikuje, że podatek przemysłowy od wolnych zawodów będzie prawdopodobnie skreślony.

Zebranie jednozgodnie uchwala absolutorjum Zarządowi.

W dalszym ciągu dyskusji nad budżetem kol. Szymański (z Bydgoszczy) proponuje ustalić wkładki w złotych polskich. Po ożywionej dyskusji uchwalono wnioski Zarządu z poprawką przypuszczalnego podnoszenia składki za zgodą Zarządu Głównego (Karwowski).

2. W sprawie kas chorych: Kol. Wierzbicki (z Poznania) wygłasza referat, przedstawiając statut kas chorych, podkreślając dodatnie i ujemne strony różnych systemów przyjętych w kasach, z odpowiedniemi w tej sprawie wnioskami. Kol. Jagielnicki (z Poznania) wygłasza koreferat w tej sprawie i zgłasza swoje wnioski.

Kol. Sawicki (Małopolska, Kańczuga) popiera zasadę ograniczenia działalności kas chorych, stawiając jako zasadę przyjmowanie na ubezpieczenie tylko stałych pracowników. Kol. Kaszubski (Warszawa) polemizuje z kol. Wojnianką, przedstawia jej twierdzenie jako zbyt ogólne i przejaskrawione, w każdym bądź razie zgadza się, że ustawa kasy nie jest idealną. Kol. Piątkowski podkreśla niedostatecznie przygotowanie i traktowanie chorych przez wielu obecnie pracujących w kasach chorych lekarzy. Kol. Zalewski (z Płocka) uważa Zarząd Gł. za powołany do zajęcia się sprawą ustawy kas chorych i wniesienia odpowiednich w tej sprawie poprawek.

Zgłoszony formalny wniosek zamknięcia listy mówców do tego punktu odrzucono.

Kol. Piasecki (z Włocławka) wzywa kolegów (nawet wojskowych) do solidarnego postępowania w tej sprawie i to na terenie Związku; popiera zasadę wolnego wyboru lekarza, przedstawiając tego dodatnie strony na przykładzie Włocławka; zgłasza swoje wnioski. Kol. Ostromęcki (Białystok) zaleca ostrożność przy przeprowadzaniu systemu

wolnego wyboru przy dzisiejszem ambulatorjum, proponuje tworzenie rad lekarskich, regulujących stosunek lekarzy do kas chorych. Kol. K a r w o w s k i przedstawia cyfrowo dane co do kas chorych i ludności na terenie Poznania; na zasadzie podanych dat i dodatkowych wniosków z tego wypływających proponuje przeprowadzenie zasady bezwzględnie wolnego wyboru lekarza; następnie nawołuje kolegów do zrzeszania się w Związku i wzywa Zrzeszenie lekarzy kas chorych do przystąpienia do Związku. Kol. G o ś c i c k i zaleca Związkowi lekarzy większą spoistość i solidarność na wzór związków zawodowych robotniczych, przez co, uważa, pod iesie się walor Związku. Kol. N a r k i e w i c z (z Warszawy) zaleca pozostawić sprawę kas chorych w stanie obecnym, a zarazem tak, jak pozwalają na to warunki życia danej miejscowości. Kol. S o c h a c k i (Warszawa) zaleca ostrożność w sprawie powszechnego wprowadzenia wolnego wyboru lekarza.

Wniesiony wniosek zamknięcia dyskusji — przyjęto.

Kol. A. Ż u r a k o w s k i (Warszawa) nawołuje, aby wpływać, żeby kasom odjąć charakter polityczny, w czem widzi jedną z ujemnych ich stron.

Zgłoszone w tej sprawie wnioski po ożywionej dyskusji odesłano do komisji redakcyjnej.

3. Kol. Z a o r s k i wyjaśnia **kompetencję poszczególnych instancyj Związku** i stawia wnioski, — wnioski przyjęto bez dyskusji.

Wnioski:

I. W myśl §. 13 Ustawy Związku dotychczasowy zwyczaj wypowiadania się w imieniu Związku bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Głównym przez poszczególneOkręgi lub odnoszenia się do władz państwowych centralnych bezpośrednio przez poszczególne Okręgi, jest na przyszłość niedopuszczalny(2).

II. W sprawach lokalnych lub tych, które leżą w kompetencji państwowych władz I-ej instancji, posiadają urzędy obwodowe pełną samodzielność.

O przebiegu i wyniku tych spraw musi być odpowiedni Zarząd Okręgowy szczegółowo i w odpowiednim czasie powiadomiony (3).

III. We wszystkich sprawach lokalnych Okręgu w tych, które leżą w kompetencji prowincjonalnych władz państwowych II-ej instancji danego Okręgu, posiadają poszczególne Zarządy Okręgowe pełną samodzielność.

O przebiegu i wyniku tych spraw musi być Zarząd Główny szczegółowo i we właściwym czasie powiadomiony (4).

IV. Wszystkie sprawy ogólne, dotyczące Związku jako całości i te, które leżą w kompetencji centralnych władz państwowych, mogą być rozstrzygane lub przedkładane tym władzom wyłącznie za pośrednictwem Zarządu Głównego. (5).

4. Kol. M a t u s z e w s k i (Poznań) wygłasza referat o kasach zapomogowych, emerytalnych i pogrzebowych, stawiając odpowiednie wnioski.

W dyskusji kol. P a p é e stawia wniosek, aby stworzyć kasy ubezpieczeniowe dla chorych lekarzy, wdów (lekarskich) i sierot. Kol. P i ą t k o w s k i zachęca do tworzenia kas pogrzebowych. Kol. W ą s o w s k i (Lublin) stawia w tej sprawie wniosek.

Uchwalono następujące wnioski:

I. Dra. P a p é e — Zjazd poleca zakładanie przy wszystkich izbach oprócz kasy t. zw. pogrzebowej, kas chorych dla lekarzy i kas pensyjnych dla wdów i sierot po lekarzach (6).

II. Dr. W ą s o w s k i e g o — IV walny Zjazd Związku Lekarzy przekazuje Zarządowi Głównemu Związku zorganizowanie możliwie jak najprędzej kasy zapomogowej na wypadek choroby lub kalectwa lekarzy, a także śmierci, a obejmującej obowiązkowo wszystkich członków Związku Lekarzy Państwa Polskiego. (7).

III. Dr. M a t u s z e w s k i e g o — IV Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Poznaniu wyraża życzenie, aby Izby Lekarskie na zasadzie artykułu 24 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. »O ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich« zorganizowały kasy pogrzebowe tam, gdzie nie istnieją, a przez to samo wprowadziły jako przymus asekuracyję każdego członka Izby na wypadek śmierci. (8).

IV. Dr. M a t u s z e w s k i e g o — IV Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy Państwa Polskiego uchwala, aby przy wszystkich Okręgach powstały kasy emerytalne, przyczem członkowie danego Okręgu obowiązani są jako składkę wnosić najmniej pół procent swego rocznego dochodu w ratach miesięcznych.

Kasy emerytalne dla wdów i sierot. (9).

P o s i e d z e n i e w dniu 29 kwietnia 1923 r.

Przewodniczy kol. S a w i c k i (z Małopolski).

5. Kol. W i e r z b i c k i referuje **sprawę Nowin Lekarskich**, uzasadniając potrzebę i rozwój własnego organu.

Wniosek uchwalono w brzmieniu następującem:

IV. Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Poznaniu w sprawie organu zawodowego Związku Lekarzy, »Nowin Lekarskich«, uchwala zwrócić się z gorącym apelem do wszystkich członków Związku, by, prenumerując Nowiny Lekarskie, poparli tem samem wydatnie rozwój zawodowego organu Związku.

Jednocześnie uchwala, by wobec trudnych warunków finansowych, w jakich znajdują się obecnie wszystkie pisma naukowe i społeczne, i wobec tego, że Nowiny Lekarskie już wydatnie obsługują prawie wszystkie Okręgi Związku, opodatkować ryczałtowo każdy z Okręgów w stosunku do liczby członków na wzór projektu opodatkowania ryczałtowego w Okręgu Wielkopolskim.

Celem rozwoju działu Społeczno-lekarskiego uchwala, by każdy z okręgów wyznaczył kolegę Redaktora do działu społeczno-lekarskiego, który by objął administrację Nowin Lekarskich i kierunek redakcyjny swojego Okręgu (10).

6. Kol. Ł u c z y c k i (Warszawa) referuje sprawę **pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych** i sądzi, że możemy poprzeć żądania urzędników, które godzą się z zapatrywaniami Związku, a tylko na razie ograniczają wolny wybór lekarza.

Kol. K a r w o w z k i jest przeciwny wyborowi lekarza ograniczonemu i jest za wprowadzeniem wszędzie wolnego i w całej pełni wyboru. Kol. O r ł o w s k i odczytuje pismo Prokuratorji Generalnej Państwa i Opinję Głównego Zarządu:

»Prokuratorja Generalna Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa ul. Leszno 5., dn. 17 marca 1923 r. L. 25530 /1034/23/VI. Do Ministerstwa Zdrowia Publicznego. — »Zwracając przy niniejszem załączniki pism z dnia 30 września 1922 r. N. Org. 29735/2297/22 i z dnia 13 grudnia 1922 r. Nr. Org. 35716/3530/32 w sprawie uchwały Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Obwodzie Łódzkim, zabraniającej swym członkom lekarzom, zakontraktowanym przez Rząd do wykonywania lecznictwa urzędników Państwowych, wykonywania tych czynności na wa unkach przez rząd ustalonych, skutkiem czego lekarze ci wypowiedzieli zawarte umowy, Prokuratorja Generalna komunikuje, że postępowanie Związku nie posiada cech czynu, któryby uzasadnił kroki karno-sądowe. Postępowanie to jednakże należy w każdym razie uznać za wysoce nielojalne, sprzeczne z interesami Państwa, gdyż tamuje rozpoczętą przez Rząd akcję zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, a zarazem niezgodne z postanowieniami ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem Dz. U. Nr. 105 poz. 762, wobec czego nie może być przez władze tolerowane. W myśl postanowień art. 22 cytowanej wyżej ustawy, «lekarze winni obejmować stałe lub przyjęte na określony przeciąg czasu na zasadzie zobopólnego dobrowolnego porozumienia posady lekarskie, o ile dla danego okręgu Izba Lekarska ogłosiła normy i skalę płac dla takich posad, na podstawie uprzednich umów, uwzględniających te normy«. — To postanowienie ustawy ustala zasadniczo obowiązek lekarzy obejmowania stałych posad lekarskich, unormowanie wynagrodzenia ustawa pozostawia Izbom Lekarskim. — Izby Lekarskie w momencie podjęcia przez Rząd akcji zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych nie istniały, skutkiem czego Ministerstwo Zdrowia Publicznego, jako władza nadzorcza nad praktyką lekarską, w Państwie Polskiem (art. 1), na zasadzie uprawnień, służących w myśl art. 24 cytowanej ustawy, ustaliło normy wynagrodzenia z uwzględnieniem interesów materjalnych lekarzy. Najlepszym dowodem, że normy ustalone przez Ministerstwo są słuszne i dostateczne i dla lekarzy bynajmniej nie były krzywdzące, jest okoliczność iż cały szereg lekarzy podpisał umowy i sumiennie bez żadnych skarg wykonywał przez czas dłuższy przyjęte na się obowiązki. — Ustalenie przez Ministerstwo, jako władzę nadzorczą, takich jednolitych warunków było pozatem konieczne, gdyż w braku takiego ustalenia do czasu ukonstytuowania Izb lekarskich przepis art. 22 musiałby pozostać martwą literą. — Związek Lekarzy przez swą uchwałę wykracza po za normy zakreślone w statucie, staje w sprzeczności z przepisami obowiązujących ustaw i uzurpuje prawa, które w żadnym razie mu nie służą. — Wprawdzie według art. 1. statutu Związku celem Związku jest organizacja lekarzy dla obrony interesów zawodowych i materjalnych, jednakże ta obrona winna się przejawiać w granicach zakreślonych przez statut, winna być zgodna z obowiązującemi ustawami i nie uwłaczać godności zawodu i stanu lekarskiego, któremu ustawy przepisują tej godności strzedz, mając na uwadze, że zawód lekarski nie powinien powodować się wyłącznie względami korzyści materjalnej. — Wobec powyższego Prokuratorja Generalna sądzi, że byłoby możliwe, aby Urząd Wojewódzki w Lodzi po myśli art. 34 przepisów tymczasowych o stowarzyszeniach i związkach z dnia 4|17 marca 1906 r, utrzymanych w mocy dekretem z dnia 3 stycznia 1919 r. Dz. Pr. Nr. 3. poz. 88, a ogłoszonych w zmienionej tym dekretem redakcji rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 10 stycznia 1919 r. w Dz. Urz. D. E. Nr. 4 poz. 40. i 41, wezwał Związek Lekarzy o reasumpcję w oznaczonym terminie uchwały, jako niezgodnej z ustawą z dnia 2 grudnia 1921 r. Dz. U. N. 105. poz. 762, a w związku z tem i ze statutem; a w razie odmowy Związku wniósł sprawę o zamknięcie Związku Lekarzy w Obwodzie Łódzkim do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. — »Za prezesa Prokuratorji generalnej podpisano: Kierownik wydziału. Za zgodność — Sekretarz Jasiobędzki«.

2. »Opinja w sprawie wystosowanego przez Województwo w Łodzi do Obwodowego Zarządu Związku Lekarzy Państwa Polskiego pisma z dnia 14. IV. 1923 r. Nr. 2880 23, zawierającego żądanie reasumpcji uchwały Zarządu, zabraniającej członkom Związku wykonywania leczenia Urzędników Państwowych na warunkach przez Rząd ustalonych. »Z doręczonych mi pism wynika: 1. Zarząd Obwodowy Łódzki Z. L. P. P. uchwalił za-

bronić swym członkom leczenia urzędników państwowych na warunkach, ustalonych przez Rząd. — 2. Ministerstwo Zdrowia zasięgnęło w tej sprawie opinji Prokuratorji Generalnej, która wyjaśniła, że: a) uchwała Zarządu Obwodowego Z. L. P. P. jest niezgodna z postanowieniami Ustawy z dnia 2. XII. 1921 roku w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie polskiem, a w szczególności z postanowieniami art. 22 tejże ustawy. — b) uchwała wykracza po za normy, zakreślone w statucie Związku i uzurpuje prawa, które w żadnym razie Związkowi nie służą. — c) uchwała uwłacza godności zawodu i stanu lekarskiego. — d) na podstawie art. 34 Przepisów Tymczasowych o Stowarzyszeniach i Związkach należy wezwać Związek Lekarzy o reasumpcję uchwały, o której mowa, jako niezgodnej z Ustawą z dnia 2. XII. 1921 r. i ze statutem. — e) w razie odmowy Związku reasumpcji uchwały, wnieść do Min. Spraw Wewn. sprawę o zamknięcie Związku Lekarzy w Obwodzie Łódzkim. — 3. Na podstawie opinji Prokuratorji Generalnej lit. M. Z. P. poleciło Urzędowi Wojewódzkiemu w Łodzi wezwać Zarząd obwodowy do reasumpcji uchwały, co też ten uczynił pismem z dnia 14. IV. 1923 roku. Pismo to wyszło z Wydziału Zdrowia Publicznego Województwa Łódzkiego. — W sprawie powyższej uważam: 1) Uchwała Łódzkiego Zarządu Obwodowego Z. L. P. P. nie jest sprzeczna z postanowieniami art. 22 ustawy z dnia 2. XII. 1921 roku, co twierdzi niesłusznie Prokuratorja Generalna. — Przepisy art. 22 powołanej ustawy nie mogą mieć zastosowania do zawierania umów przez Rząd z lekarzami w przedmiocie leczenia urzędników państwowych. Już ta okoliczność, że stosunek rządu i lekarzy w danym razie reguluje u m o w a, całkowicie wyłącza możność stosowania co do lekarzy p r z y m u s u zawierania umów, co byłoby sprzecznym z pojęciem istoty umowy. — Art. 22 miał niewątpliwie na widoku przymusowe przyjmowanie przez lekarzy obowiązku udziału w badaniach sądowych, przy poborze wojskowym i tp., w żadnym zaś razie nie leczenie pewnej grupy osób, chociażby to byli urzędnicy państwowi. — 2) Wspomniana uchwała nietylko nie wykracza po za normy statutu, lecz przeciwnie, odpowiada zadaniom Związku, ujętym w § 1. statutu i jest zgodna z dopuszczalnemi przez statut środkami wykonywania tych zadań, mianowicie w punkcie b. § 4. statutu, który stanowi, że Związek popiera i broni intere ów lekarzy wobec Kas Chorych i władz. — 3) Twierdzenie Prokuratorji Generalnej, że Uchwała uwłacza godności zawodu i stanu lekarskiego jest wyrażeniem poglądu, nie opartem na przepisie prawnym, i dla danej sprawy żadnego znaczenia nie posiada. — 4) Z powyższego wynika, że § 34 przepisów o stowarzyszeniach w danym razie zastosowanym być nie może, gdyż nie zachodzi wypadek naruszenia przez Stowarzyszenie swego statutu. — 5) Pogląd Prokuratorji Generalnej na zamknięcie Związku Obwodowego w Łodzi wywołany jest prawdopodobnie nieznajomością statutu Związku. Na podstawie przepisów o Stowarzyszeniach Min. Spraw Wewn. może zamknąć stowarzyszenie, nie zaś poszczególne organy tego stowarzyszenia, jakim jest Zarząd Obwodowy Związku Lekarzy. Do zamknięcia Stowarzyszenia w danym razie żadnych podstaw niema. — 6) Niewłaściwie i niezgodnie z § 34 przepisów o Stowarzyszeniach tudzież z zasadami organizacji Województw, podanemi w rozporządzeniu Rady Ministrów z dn. 13. XII. 1919 r. Dz. Ust. Nr. 90. poz. 490. została dana sprawa załatwiona przez Wydział Zdrowia urzędu Wojewódzkiego, który nie jest już do tego powołany. Na zasadzie powyższego należałoby: wskazać urzędowi Wojewódzkiemu w odpowiedzi na pismo z dnia 14. IV. Nr. 2880 23., że Zarząd Główny nie uważa uchwały Zarządu Obwodu Łódzkiego za niezgodną z ustawą z dnia 2. XII. 1921 r. i ze statutem Związku. Warszawa dnia 24 kwietnia 1923 r. (—) Kuczyński adwokat.

Kol. K a r w o w s k i komunikuje, że w celu złamania solidarności koleżeńskiej lekarzy, w Toruniu dla urzędników zaangażowano lekarzy wojskowych, co może wywołać zrozumiały a zbyteczny antagonizm między lekarzami wojskowemi a cywilnemi.

Następnie przemawiali: P a p é e, P i ą t k o w s k i, K u b i s z t a l, G r z y b o w s k i, G o s i e w s k i.

Kol. G o l d b e r g (Łódź) żąda kategorycznej odpowiedzi, czy Związek zaleca uchylenie się od powyższych posad, organizowanych bez wolnego wyboru. Kol. P a p é e w sprawie obejmowania posad lekarskich dla leczenia urzędników państwowych, że Związek Okręgowy Lwowski, Izba Lekarska i wszystkie zrzeszenia miejscowe stanęły na stanowisku wolnego wyboru i wezwały wszystkich lekarzy, by posad na innych warunkach nie przyjmowali. Wskutek tego wytworzyła się sytuacja, że ogól lekarzy posad tych w Okręgu Lwowskim nie przyjmuje. Ponieważ ze strony Ministerstwa nie mieliśmy żadnych propozycji w celu definitywnego załatwienia sprawy, stanęła ona na martwym punkcie. Dopiero obecnie otrzymała Izba Lekarska z Województwa odpis zarządzenia, wydanego dla Związku w Łodzi, wraz z opinją Prokuratorji Generalnej. Na pismo to uchwaliła Izba wystosować odpowiedź o treści, którą mówca odczytał. Z obecnego stanowiska Ministerstwa wynika, że sprawą należy się zająć wspólnie — Izby Lekarskie ze Związkami. Następnie konieczną jest rzeczą, by Zjazd uchwalił zasady, jakich się trzymać mają Związki Okręgowe wobec lekarzy, ubiegających się o udzielanie pomocy urzędnikom państwowym.

Kol. S z u l c (z Poznania) wyjaśnia **stanowisko lekarzy urzędowych**, którzy byli zmuszeni na razie objąć leczenie urzędników, ale stawiali żądanie opłaty jednostkowej; Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało, że ta forma jest tylko przejściową, że niezadługo pomoc ta zostanie zorganizowaną.

Uchwalono następujące wnioski:

I. Rezolucja w sprawie ubezpieczenia urzędników: Związek Lekarzy Państwa Polskiego z całą życzliwością odnosi się do sprawy ubezpieczenia urzędników państwowych i chętnie przyczyni się do jej rozwiązania.

Ponieważ nie wolno pozbawiać urzędników niezbędnego w lecznictwie czynnika osobistego zaufania, przeto jedynie na podstawie wolnego wyboru lekarza można ugruntować ubezpieczenie urzędników.

Zarzut niemożności ustalenia budżetu przy tym systemie upada, ponieważ na podstawie danych statystycznych Kas chorych Wielkopolskich i Pomorskich, w których od dawna jest przeprowadzony wolny wybór i zapłata za czynności, możemy dokładnie obliczyć koszta pomocy lekarskiej na głowę ubezpieczonego, które, wobec daleko idących ustępstw Związku, wynosiłyby zaledwie 1—2% pensji.

Związek gotów jest przedłożyć odnośne projekty.

W razie odrzucenia wolnego wyboru i opłaty za czynności, Związek musi odmówić współpracy przy przeprowadzeniu ubezpieczenia urzędników. (11).

II. Wniosek Dr. Karwowskiego w sprawie lekarzy wojskowych: — Wobec ujawniającej się tendencji do użycia lekarzy wojskowych do łamania solidarności koleżeńskiej w zatargach taryfowych Związku Lekarzy Państwa polskiego, IV. Zjazd Związku Lekarzy w Poznaniu protestuje przeciwko temu, ażeby lekarze wojskowi, mający te same prawa i obowiązki, jak lekarze cywilni, mogli wypełniać we wszystkich zatargach taryfowych niechlubną rolę, łamania solidarności koleżeńskiej.

Zjazd zwraca się do Ministerstwa Spraw Wojskowych o wydanie odpowiednich zarządzeń w tej sprawie celem uniknięcia rozgoryczenia wśród świata lekarskiego w stosunku do lekarzy wojskowych. (12).

III. Wniosek kol. P a p é e g o: — IV. Zjazd Lekarzy uchwala:

1) zasadniczy wolny wybór lekarza,

2) upoważnić Zarząd Główny do wezwania lekarzy, aby posad kontraktowych nie przyjmowali, a z posad dotąd zajmowanych zrezygnowali,

3) zwrócenie się do Izb z prośbą o wydanie analogicznych zarządzeń w Okręgach izbowych. (13).

W związku z tą sprawą kol. S u l i k o w s k i postawił wniosek, który został przyjęty w następującem brzmieniu:

Zjazd wzywa prezydjum Zjazdu do wystosowania treściwej płomiennej odezwy do wszystkich kolegów Państwa Polskiego i do rozesłania jej poszczególnym kolegom b e z p o ś r e d n i o. Wykonanie tego Zjazd powierza Komitetowi Organizacyjnemu dzisiejszego Zjazdu.

Motywy w krótkiem przemówieniu (14).

7. Kol. K a r w o w s k i referuje sprawę **stosunku lekarzy do prasy** i stawia w tej sprawie wniosek, który zebrani przyjęli w formie następującej:

Rezolucja w sprawie prasy: — IV. Zjazd Związku Lekarzy Państwa Polskiego uważa sprawę stosunku lekarzy do prasy jako pierwszorzędnej wagi. Wobec tego postanawia, żeby każdy Okręg i Obwód wyznaczył biegłego w piórze kolegę, by bacznie czuwał nad ukazującemi się w prasie artykułami w sprawach lekarskich, zbierał za pomocą kolegów materjał i odpowiadał niezwłocznie na niesłuszne zarzuty, oraz od czasu do czasu umieszczał artykuły, objaśniające publiczność w sprawach, dotyczących stanu lekarskiego. (15).

8. Kol. K a r w o w s k i następnie, przedstawiając opracowany przez kolegów Wielkopolskich **cennik poborów, referuje sprawę honorarjów** i stawia wniosek, który przyjęto:

Wniosek: IV. Zjazd Związku Lekarzy Państwa Polskiego uchwala, by taryfę, opracowaną przez Okrąg Wielkopolski, wszystkie Okręgi i Obwody wzięły pod uwagę i w miarę warunków miejscowych oznaczały wysokość punktu wspólnie z Izbami Lekarskiemi. (16).

9. Kol. W i e r z b i c k i referuje sprawę panoszącej się w różnych okolicach Państwa **szarlataneji i partactwa lekarskiego**. Następujący wniosek Zebranie przyjęło do wiadomości:

Wobec rozpanoszenia się w okresie powojennym na całej przestrzeni Rzeczypospolitej najrozmaitszego rodzaju szarlatanerji i znachorstwa, częstokroć ośmielonego biernem zachowaniem się Władz sanitarnych, IV. Zjazd Związku Lekarzy Państwa Polskiego, przewidując w tym nienormalnym stanie udzielania pomocy lekarskiej przez osobników pod względem moralnym wątpliwej wartości nieobliczalne szkody dla wszystkich tych, którzy z opieki lekarskiej znachorów korzystają, zwraca się z prośbą do Izb lekarskich, by energicznem zarządzeniem położyły kres dalszemu panoszeniu się partactwa lekarskiego. (17).

10. Kol. M a t u s z e w s k i wygłasza referat o **Związku lekarzy a młodzieży akademickiej**, zgłaszając wnioski, które Zebranie przyjmuje.

Wniosek: Przy wszystkich Okręgach Związku Rzeczypospolitej Polskiej powstają Komitety niesienia pomocy niezamożnej młodzieży medycznej Uniwersytetów polskich.

Komitety takie znajdują się w kontakcie z Kołami Medyków.

Obowiązki Komitetu:

1) Szerzenie idei, aby lecznictwo znajdowało się w rękach polskich, a przez to samo zachęcanie młodzieży polskiej do wstępowania na wydziały lekarskie naszych Uniwersytetów.

2) W Okręgach powinno być wprowadzone specjalne roczne opodatkowanie się na korzyść studentów Medycyny.

3) Zorganizowanie wśród lekarzy zbiórki podręczników dla młodzieży medycznej.

4) Wszelkie zapomogi i książki są zwrotne i stają się własnością Koła medyków.

5) Wprowadzenie w życie zwyczaju, aby studenci wyższych semestrów na czas ferji byli wysyłani do szpitali prowincjonalnych. (18).

11. Kol. Jakimiak w przemówieniu swem poddał rzeczowej druzgoczącej krytyce opracowany przez Ministerstwo Zdrowia **projekt ustawy szpitalnej**, oddany obecnie do rozpatrzenia Sejmowi, zaznaczając wyższość ustawy z roku 1842, obowiązującej dotychczas w Kongresówce.

Kol. Lipski zgłosił w tej sprawie wniosek następujący: »IV. Zjazd Lekarzy Państwa Polskiego upoważnia Zarząd Główny do wyłonienia Komisji w kwestji rozpatrzenia projektowanej ustawy zakladów leczniczych i szpitali i przedstawienia odnośnym władzom swej opinji w tej sprawie«, — co zebranie przyjmuje.

12. Przeprowadzone **wybory do Zarządu Głównego** dały wynik następujący:

Członkowie Wydziału Wykonawczego: Orłowski E., Wagner, Zaorski, Jasiobędzki, Muttermilch.

Zastępcy: Mazurek, Sędziuk, Goździcki, Pieńkowski, Wojnianka.

Członkowie z prowincji: Bartkiewicz, Goldberg, Michałowicz, Sitkowski, Steinborn, Jasiński, Dembiński, Cercha, Zieleniewski, Karwowski, Karwacki, Pełczyński, Wrześniowski, Królewski, Wąsowski, Kukliński, Hanke, Gasztowski, Grzybowski, Ożga.

Komisja Rewizyjna: Gruszczyński, Szumlański, Podczaski, Rodys, Kucharzewski, Antecki. (20).

Ad 2. Kol. Zaorski odczytuje wnioski w **sprawie kas chorych**, opracowane przez Komisję Redakcyjną.

Wniosek kol. Wierzbickiego przyjęty przez zebranie:

IV. Zjazd Związku lekarzy Państwa Polskiego w Poznaniu w sprawie kas chorych i systemu przez nie reprezentowanego uchwala:

1) Popierać nadal wszelkie usiłowania w celu podtrzymania wolnego wyboru lekarza w kasach chorych, jako bezsprzecznego prawa każdego człowieka do ochrony zdrowia i życia swego lub najbliższej sobie rodziny według swojej woli i swego sumienia.

2) Zawezwać wszystkich lekarzy, poświęcających się lecznictwu kasowemu, do solidaryzowania się z ogółem lekarzy w tej zasadniczej dla świata lekarskiego sprawie przez przystąpienie do wspólnej organizacji zawodowej Związku Lekarzy.

3) Poczynić starania w ciałach prawodawczych celem przeprowadzenia odpowiednich zmian w ustawie o przymusowem ubezpieczeniu na wypadek choroby o kasach chorych, któreby z jednej strony dawały ubezpieczonym gwarancję wolnego wyboru lekarza, z drugiej zaś strony umożliwiły fachowy kierunek tych instytucji, zarówno pod względem lecznictwa, jak i administracji.

4) a. Pomoc lekarska w Kasach Chorych ma być zorganizowana na podstawie wolnego wyboru lekarza z pośród wszystkich lekarzy, zgadzających się na udzielanie jej na warunkach umówionych przez zawodowe organizacje lekarskie.

b) Obok leczenia ambulatoryjnego dopuszcza się również leczenie w gabinetach prywatnych według wyboru lekarza przy zawieraniu umowy z Kasami Chorych.

c) Obowiązki i prawa Naczelnego Lekarza Kasy chorych powinny być ściślej określone regulaminem, opracowanym przez wszystkich lekarzy naczelnych Kas Chorych w porozumieniu ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego.

d) Należy wprowadzić do ustawy granicę dochodu, powyżej której ustaje przymusowe i dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby.

e) Opłata w szpitalach powinna wynosić całkowitą sumę kosztów i leczenie chorego w najniższej klasie.

f) Ustawa o ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków powinna być opracowana na podstawie ustaw już obowiązujących w Mało- i Wielkopolsce. (21).

Następujące zaś **wnioski przyjęto jako dyrektywy:**

I. Włocławskiego Obwodu Związku Lekarzy Państwa Polskiego:

1) Do Kas Chorych należą wszyscy lekarze tak cywilni (członkowie Związku) jak i wojskowi w rejonie danej kasy chorych. Naczelnego Lekarza kasy chorych lub jego zastępcę wybiera z pośród swoich członków Związek Zawodowy danego rejonu kasy.

2) Godziny ambulatoryjne obsadza lekarz naczelny w porozumieniu z Zarządem Związku.

3) Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy Państwa Polskiego zwraca się do Ministerstwa Spraw Wojskowych z propozycją wyrażenia zgody na przynależność lekarzy wojskowych do Związków Zawodowych lekarskich w interesie utrzymania lekarzy wojskowych na tym samym poziomie etycznym i zawodowym przez bezpośrednią łączność z lekarzami Związku i w interesie powstrzymania lekarzy wojsk. od występowania z wojska z powodu zbyt skromnych uposażeń. (22).

II. Kol. Zaleskiego:

1) Przedsięwziąć wszelkie środki o nowelizację ustawy o ubezpieczeniu przymusowem na wypadek choroby.

2) Zarząd Główny Związku Lekarzy stara się ujednostajnić akcję dla całego Państwa co do tych postulatów.

Opracować zmiany w ustawie i przez posłów lekarzy przesłać do Sejmu.

3) Komisja wybrana obmyśla sposoby doprowadzenia do skutku pertraktacji z kasami. (23).

III. Kol. Ostromęckiego:

1) Wolny wybór lekarzy powinien być postulatem każdej kasy chorych.

2) Do tego postulatu należy dążyć drogą stopniowej ewolucji.

3) Obecnie należy:

a) wciągnąć do pracy w kasach możliwie większą ilość lekarzy, ograniczając w tym celu ilość godzin pracy w kasach poszczególnych lekarzy.

b) walczyć o możliwie najwyższe wynagrodzenie. (24).

13. Kol. Dymiński referuje sprawę **lekarzy nie mających dyplomów**, a wykonywujących praktykę na zasadzie rozmaitych zaświadczeń, wydawanych głównie przez Ministerstwo Zdrowia. Stawia odpowiedni wniosek.

Wniosek kol. Dymińskiego uchwalono w następującem brzmieniu:

IV. Zjazd Związku Lekarzy Państwa Polskiego uchwala wystosować do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Zdrowia Publicznego memorjał, domagając się ścisłego przestrzegania przepisów traktatu wersalskiego, dotyczących obcokrajowców, i ścisłego wykonywania tych zarządzeń celem uniemożliwienia wykonywania praktyki przez lekarzy, nie mających obywatelstwa polskiego, i żeby Ministerstwo nie wydawało łatwo prawa obywatelstwa. (25).

Posiedzenie w dniu 29 kwietnia 1923 r.

Przewodniczy kol. Sawicki (Kańczuga).

Kol. prof. Gantkowski wygłasza odczyt o **zdrojowiskach naszych**. Między innemi stawia wniosek, aby nasze stowarzyszenia lekarskie zajęły się gorąco sprawą zdrojowisk, które, mówiąc nawiasem, niejednokrotnie przewyższają zagraniczne, a tylko nie są umiejętnie, a niejednokrotnie wcale reklamowane; następnie aby przez te stowarzyszenia był zebrany odpowiedni fundusz na stypendja dla młodych lekarzy, chcących poświęcić się balneologji; dalej żeby Ministerstwo Zdrowia wyłoniło Komisję balneologiczną, jak również aby Ministerstwo to zajęło się wyrobieniem ulg na kolejach naszych dla kuracjuszów, zdążających do naszych uzdrowisk, i tym samym w dużej mierze ułatwiało korzystanie z tych zdrojowisk.

W dyskusji zabierało głos kilku mówców.

Kol. Karwowski składa podziękowanie za odbycie Zjazdu w Poznaniu wszystkim obecnym.

Przewodniczący kol. Orłowski, zamykając Zjazd, dziękuje zebranym za przybycie, a Poznaniowi na ręce kol. Karwowskiego za serdeczną gościnę.

Wiadomości bieżące.

L. 790

KONKURS.

Wydział powiatowy w Mościskach rozpisuje ponowny konkurs w celu obsadzenia posad lekarzy okręgowych, a to w Sądowej Wiszni, w Hussakowie i w Krukienicach pod następującemi warunkami:

1) Dyplom lekarza uzyskany na jednym z uniwersytetów w Polsce lub przez Państwo polskie uznanym,

2) praktyka po uzyskaniu dyplomu,

3) obywatelstwo polskie,

4) nieprzekroczony wiek 40 lat.

Pobory służbowe XII kategorji urzędników państwowych wraz z wszystkiemi dodatkami. Nadto ryczałt na objazdy gminy danego okręgu 20.000 Mk i na przybory kancelaryjne 1500 Mk rocznie.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w Mościskach w terminie do 31 lipca br.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Mościska, dnia 7 lipca 1923.

v. Prezes:

Pogłodowski. w. r.